

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
CATASTROFIZAÇÃO EM ADOLESCENTES COM DOR
CRÓNICA**

Ana Rita Ramos Farias

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DOENÇA**

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
CATASTROFIZAÇÃO EM ADOLESCENTES COM DOR
CRÓNICA**

Ana Rita Ramos Farias

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DOENÇA

2014

Agradecimentos

"O outro é uma complementaridade que nos torna a nós maiores, mais inteiros, mais autênticos"

José Saramago

Cada pessoa a que hoje agradeço contribuiu de forma diferente mas fundamental. Para efeitos de organização terei de mencionar uns antes de outros, mas é somente essa a razão.

Abro apenas uma excepção, porque não o poderia fazer de outra forma, para os meus pais. Não agradeço unicamente pela oportunidade e pelos esforços que fizeram para eu poder estar a escrever este texto hoje. Agradeço também pela amizade, pelas confidências, pelo apoio incondicional. Porque deles recebo tudo aquilo que preciso.

À minha família, em especial aos meus irmãos e primo. À Pipa e Félix, quem terei de incluir na secção da família.

Agradeço à Professora Doutora Luísa Barros, pela disponibilidade e apoio.

À equipa de reumatologia pediátrica do Hospital Santa Maria de Lisboa e do Hospital Garcia de Orta de Almada, em especial à Dr.^a Filipa Ramos e à Dr.^a Maria José Santos.

Por fim, quero agradecer aos meus amigos, pela amizade e paciência, pelas vezes que não pude estar presente por estar a trabalhar, pelas vezes que ouviram as minhas inseguranças e me ajudaram a continuar.

Às minhas amigas e futuras colegas de profissão, foi um caminho conjunto e espero que assim continue a ser.

Resumo

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência da dor na população pediátrica indicam valores entre 15 a 30% (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000). São múltiplos os estudos que investigam a dor crónica no adolescente mas são em menor número os que estudam as associações entre a dor crónica, as estratégias de *coping* e a catastrofização. pelo que a investigação nesta área se torna interessante.

Esta investigação teve como objectivos caracterizar a dor, as estratégias de *coping* e a catastrofização em jovens com dor crónica e jovens de uma amostra comunitária e estudar possíveis associações entre estas dimensões. Foram feitos estudos preliminares de 2 questionários e 3 escalas complementares complementares. São eles a Escala de Catastrofização na Dor – PCS (Crombez et al., 2003), Questionário do *Coping* com a Dor – PCQ na versão para jovens e pais, e as Escalas complementares de Efectividade do *Coping* – Pain *Coping* Efectiveness, Controlabilidade na Dor – Pain and Emotion Controllability e Reacções Emocionais à Dor – Emotional Reactions to Pain (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998).

A amostra total foi composta por 80 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos (M=15,27; D.P.=2.05, em que 70% do sexo feminino) sendo que 30 integraram a amostra clínica e 50 a amostra comunitária. A recolha de dados para a amostra clínica teve lugar no Hospital Santa Maria de Lisboa e Hospital Garcia de Orta de Almada. No caso da amostra comunitária os questionários foram preenchidos pelos adolescentes via internet.

Verifica-se que a média de dor na amostra comunitária é significativamente superior à média de dor na amostra clínica. No entanto, a dor não foi exactamente medida da mesma forma nas duas amostras: na amostra clínica a pergunta sobre a dor reportou à dor no momento actual enquanto que na amostra comunitária foi medido o último episódio de dor recordado pelo adolescente.

O estudo das correlações revelou existir uma correlação positiva entre o valor da escala total da catastrofização e das três subescalas e os níveis de dor reportados, tanto na amostra clínica como na amostra comunitária. No caso das estratégias de *coping*, na amostra comunitária observou-se uma correlação negativa entre a distração comportamental e cognitiva e o nível de dor reportado. O estudo das correlações entre as estratégias de *coping* e a catastrofização indicou a existência de correlações positivas entre as variáveis.

Estes resultados sugerem a presença de experiências de dor não controlada na amostra comunitária e de estados emocionais negativos e distorções nos processos cognitivos que influenciam a utilização de estratégias de *coping* eficazes no confronto com a dor (Claar et al., 2008)

Palavras-Chave: Dor, Adolescência, Catastrofização, *Coping*

Nota: A presente dissertação não foi redigida segundo o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa por opção da autora

Abstract

Epidemiological studies on the pediatric population show pain prevalence between 15% and 30% (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000). While multiple studies focus on the prevalence of chronic pain in teenagers, there are fewer studies focusing on the link between chronic pain, coping strategies and catastrophizing. Thus, research in this area is interesting.

This research aimed to characterize pain, coping strategies and Catastrophizing, as well as possible links between them. Preliminary studies were carried on f 2 surveys and 3 complementary scales: Pain Catastrophizing Scale – PCS (Crombez et al., 2003), Pain Coping Questionnaire – PCQ child and parent version, and three complementary scales of *Coping* – Pain *Coping* Effectiveness, Pain and Emotion Controllability and Emotional Reactions to Pain (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998).

The total sample consisted of 80 adolescents aged 12 to 18 year old, with a clinical sample of 30 and a community sample of 50. Data for the clinical sample was collected at Hospital Santa Maria de Lisboa e Hospital Garcia de Orta de Almada, and data for the community sample was collected online.

Results show that the average pain in the community sample is significantly higher than the average pain in the clinical sample. However, pain measures were different in the two samples: in the clinical sample, current pain was assessed, while in the community sample, pain during the last episode was reported.

We found a positive correlation between the total value of catastrophizing and the three subscales with pain levels reported, for both samples. In terms of coping strategies, a negative correlation was found between the behavioral and cognitive distraction and the pain levels reported for the community sample. In this study of the correlations positive correlations were found between coping and catastrophizing. These results suggest the presence of uncontrolled pain in the community sample and negative emotional states and distortions in the cognitive processes that influence the use of efficient coping strategies when dealing with pain. (Claar et al., 2008)

Key-Words: Pain, Adolescence, Catastrophizing, *Coping*

Índice

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1. A DOR: DEFINIÇÃO DO CONCEITO	1
1.1.1. <i>Dor aguda e dor crónica</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Dor crónica no adolescente</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>A Artrite Idiopática Juvenil como exemplo de uma condição associada à dor crónica na adolescência.....</i>	<i>6</i>
1.2. MODELO CONCEPTUAL DO STRESS	6
1.2.1. <i>Modelo Transaccional de stress e coping (Lazarus & Folkman, 1984)</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>Modelo de avaliação da dor e coping (Walker, Smith, Garber, & Claar, 2005).....</i>	<i>8</i>
1.2.3. <i>. Perspectiva desenvolvimentista e coping.....</i>	<i>8</i>
1.2.4. <i>Avaliação do coping na dor crónica</i>	<i>11</i>
1.3. CATASTROFIZAÇÃO: DEFINIÇÃO E DIMENSÕES.....	11
1.3.1. <i>Catastrofização e dor</i>	<i>12</i>
1.4. OBJECTIVOS DO ESTUDO	13
II. CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO	14
2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	14
2.1.1. <i>Amostra clínica.....</i>	<i>14</i>
2.1.2. <i>Amostra comunitária</i>	<i>14</i>
2.2. INSTRUMENTOS	15
2.2.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	<i>15</i>
2.2.2. <i>Escala visual analógica de Dor</i>	<i>15</i>
2.2.3. <i>Escala de Catastrofização da Dor para crianças</i>	<i>16</i>
2.2.4. <i>Questionário de Coping na Dor</i>	<i>17</i>
2.2.5. <i>Questionário de Coping na Dor – Versão para pais.....</i>	<i>18</i>
2.2.6. <i>Escala de Efectividade do Coping com a dor</i>	<i>19</i>
2.2.7. <i>Escala de Controlabilidade da dor e das emoções</i>	<i>19</i>
2.2.8. <i>Escala de Reações Emocionais à Dor.....</i>	<i>19</i>
2.3. PROCEDIMENTO	20
2.3.1. <i>Procedimento no caso da amostra clínica.....</i>	<i>20</i>
2.3.2. <i>Procedimento no caso da amostra comunitária</i>	<i>21</i>
2.4. ANÁLISE DE DADOS.....	22
III. RESULTADOS.....	23
3.1 ESTUDO PRELIMINAR DAS ESCALAS.....	23
<i>Pain Catastrophizing Scale (PCS) – versão para crianças</i>	<i>23</i>
3.1.2.	25
<i>Pain Coping Questionnaire (PCQ) – Versão para pais</i>	<i>25</i>
3.1.3. <i>Efectividade.....</i>	<i>26</i>
3.1.4. <i>Controlabilidade na dor.....</i>	<i>27</i>

3.1.5. Reações emocionais na experiencia de dor	27
3.2. ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS AMOSTRAS	27
3.2.1. Estudo do nível de dor	27
3.2.2. Estudo da catastrofização	28
3.2.3. Estudo da utilização de estratégias de coping	30
3.2.4. Escala complementar do Coping - Efectividade	32
3.2.5. Escala complementar do coping – Controlabilidade na dor	32
3.2.6. Escala complementar – Reacções Emocionais na dor	34
3.3. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS NAS DIMENSÕES ESTUDADAS, POR GÉNERO E DOR	34
3.3.1. Género e Catastrofização	35
3.3.2. Género e Coping	35
3.3.3. Género e Escalas complementares do coping	35
3.3.4.	35
Distribuição por Grupos de Idade Diferente	35
3.3.4.1 Idade e dor	36
3.3.4.2. Idade e catastrofização	36
3.3.4.3. Idade e estratégias de Coping	36
3.3.4.4. Idade e efectividade no coping, controlabilidade na dor e reacções emocionais na experiencia de dor	37
3.4. ESTUDOS DA ASSOCIAÇÃO	38
3.4.1. Associação entre os níveis de dor e catastrofização	38
3.4.2. Associação entre dor e coping	38
3.4.3. Associação entre a dor e as escalas complementares do coping	39
3.4.4. Associação entre as estratégias de coping e catastrofização	41
3.4.5. Correlação entre as respostas dos jovens e pais relativamente às estratégias de coping ..	41
IV. DISCUSSÃO	43
4.1. ESTUDO DOS INSTRUMENTOS	43
4.2. OBJECTIVO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE DOR AUTO REPORTADA, VALORES DE CATASTROFIZAÇÃO E AS ESTRATÉGIAS DE COPING	44
4.2.1. Caracterização dos níveis de dor auto reportada	44
4.2.2. Caracterização dos valores de catastrofização	45
4.2.3. Caracterização da utilização de estratégias de coping	46
4.3. OBJECTIVO 2 - ESTUDO DE ASSOCIAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES	47
4.3.1. Dor e catastrofização	47
4.3.2. Dor e coping	48
4.3.3. Respostas dos pais e dos adolescentes em relação às estratégias de coping utilizadas pelo adolescente	49
4.3.4. Catastrofização e coping	50
V. CONCLUSÕES FINAIS	
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Análise da consistência PCS.....	23
Tabela 2: Análise da consistência interna para o questionário PCQ	25
Tabela 3: Análise da consistência interna PCQ versão para pais	26
Tabela 4: Análise descritiva dos valores de catastrofização	29
Tabela 5: Comparação dos valores de Catastrofização entre amostras clínica e comunitária.....	29
Tabela 6: Análise descritiva do <i>coping</i>	30
Tabela 7: Comparação dos resultados da análise descritiva do <i>coping</i> entre a amostra clínica e comunitária	31
Tabela 8: Análise descritiva Efectividade e comparação entre amostras.....	32
Tabela 9: Análise de frequências Controlabilidade e comparação entre amostra clínica e comunitária	33
Tabela 10: Análise de frequência reacções emocionais à dor e comparação entre as amostras.....	34
Tabela 11: Comparação de género em relação às reacções emocionais na situação de dor.....	34
Tabela 12: Comparação das estratégias de <i>coping</i> utilizadas por idade.....	35
Tabela 13: Comparação entre adolescentes mais novos e mais velhos em relação às reacções emocionais na experiência de dor	37
Tabela 14: Correlações entre a catastrofização e o nível de dor, para amostra clínica e comunitária	38
Tabela 15: Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> o e o nível de dor, para amostra clínica e comunitária	38
Tabela 16: Correlações de efectividade e o valor de dor, na amostra clínica e comunitária ...	39

Tabela 17: Correlações controlo na situação de dor e o valor de dor, na amostra clínica e comunitária.....	39
Tabela 18: Correlações entre as emoções experienciadas e o nível de dor, na amostra clínica e comunitária	40
Tabela 19: Correlações <i>coping</i> e catastrofização , na amostra clínica e comunitária.....	40
Tabela 20: Correlações pais e jovens para o <i>coping</i>	41
Fig. 1: Dor na amostra clínica e comunitária	28

Introdução

O presente estudo foi realizado no âmbito do projecto de dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Vários autores têm encontrado uma prevalência da dor na população pediátrica entre os 15 a 30% (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008).

Apesar de a maioria das crianças e adolescentes que experienciam dor recorrente utilizarem estratégias adaptativas que lhes permitem superar as limitações impostas pela dor, uma percentagem de 5 a 8% de crianças e adolescentes reportam dores tão fortes que interferem com a sua vida funcional (Huguet & Miro, 2008; Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006; Mahrer, Montaña, & Gold, 2012)

Walker, Smith, Garber e Claar (2005) consideram que as crenças sobre as dores e os estilos de *coping* influenciam as avaliações e as estratégias de *coping* associadas a um episódio de dor. Os autores propõem ainda que as consequências do episódio específico de dor podem contribuir para consequências a longo prazo, se o processo for repetido múltiplas vezes, o que acontece quando a dor é crónica ou recorrente.

Por outro lado, temos a catastrofização apontada como um preditor das dores experienciadas e do stress emocional no adolescente (Eccleston et al., 2004). Vários autores têm encontrado associações entre a catastrofização e o aumento na intensidade da dor e da disfunção psicossocial em pacientes com dor crónica (Martin et al., 1996; Crombez et al., 2003; Muris, Meesters, Hout, & Wessels, 2006) e a catastrofização e menor tolerância à dor (Piira, Taplin, Goodenough, & Von Baeyer, 2002).

É importante considerar que na adolescência ocorrem importantes alterações biológicas, psicológicas e sociais que influenciam e são influenciadas pelos processos acima descritos. Torna-se assim de extrema importância conhecer e compreender estes fenómenos e a associação entre eles de forma a contribuir para uma intervenção mais eficaz junto desta população.

O presente estudo tem a particularidade de investigar a associação entre a catastrofização e o *coping*, associação esta pouco estudada na literatura. Contribui ainda com estudos preliminares de questionários de catastrofização e *coping* específicos para a dor.

O presente trabalho está organizado em 4 principais capítulos.

No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico onde se procura resumir os principais autores e estudos realizados sobre este tema. O segundo capítulo descreve o procedimento metodológico adoptado e define a amostra utilizada. O terceiro capítulo apresenta os resultados do estudo: análise de fiabilidade dos questionários utilizados, caracterização das variáveis e associações entre as mesmas. Estes resultados são discutidos no capítulo seguinte seguindo a mesma ordem de apresentação mencionada. Por fim, são apresentadas as principais conclusões e considerações finais.

I. Enquadramento teórico

1.1. A Dor: definição do conceito

O conceito de dor tem sido estudado e investigado por muitos autores. A sua definição remonta há cerca de 4000 anos atrás demonstrando que se trata de uma experiência ancestral.

Melzack e Wall (1965) definiram o conceito com base apenas em processos fisiológicos. Os autores propuseram uma teoria explicativa dos fenómenos envolvidos na experiência de dor, *The Gate Control Theory*, onde defenderam que a modulação da dor se dá através de processos ao nível do sistema nervoso e periférico. Posteriormente, em 1982, os mesmos autores reformularam a sua teoria com o objectivo de incorporar fenómenos cognitivos, emocionais e comportamentais que se sabe hoje estarem envolvidos na experiência da dor.

Cecily Saunders (1967) introduziu o conceito de dor total, que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais da dor e que é comumente aceite nos dias de hoje (Clark, 1999).

Anos mais tarde, a *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP, 1994, pp. 209-214) definiu dor como “*experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*” o que compreende uma perspectiva individual e subjectiva, pelo que a severidade da dor não é directamente proporcional à quantidade de tecido lesado.

1.1.1. Dor aguda e dor crónica

Dada a complexidade do fenómeno torna-se útil a sua classificação segundo alguns critérios. O critério de persistência da dor no tempo, engloba dois tipos de dor. A dor aguda é definida pela IASP como “*a consciência de sinalizações nocivas de lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilização tanto do sistema nervoso periférico como central (SNC). Sua intensidade muda com o processo inflamatório, a cicatrização tecidual e o movimento. Uma característica primordial da dor aguda é a sua resolução*” (IASP, 1994, pp. 209-214). Por outro lado e ainda segundo a mesma associação, a dor crónica é definida como “*estando presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só*”. (IASP, 1994, pp. 209-214). O termo “dor crónica” descreve assim

condições de dor persistente e constante por um período superior a 3 meses ou mais (Schechter, Berde, & Yaster, 2003). Na experiência de dor crónica e recorrente, além dos processos biológicos, é especialmente relevante o contributo de factores de ordem psicológica e social (Leo, Srinivasan, & Parekh, 2010).

O modelo biopsicossocial entende a dor crónica como resultante de factores internos e externos que afectam a experiência de dor. Desta forma a dor crónica tem sido considerada como um fenómeno multifactorial derivada de interações recíprocas entre factores biológicos, psicológicos e sociais (Simons, Claar, & Logan, 2008).

1.1.2. Dor crónica no adolescente

A dor crónica é uma queixa frequente encontrada em crianças e adolescentes (Palermo, 2000; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008). Estudos epidemiológicos sobre a prevalência da dor na população pediátrica indicam valores entre 15 a 30% (Chambers, Biesanz, & Chen, 2008; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford), enquanto que 8% dos adolescentes experiencia dores severas (Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006; Mahrer, Montaña, & Gold, 2012).

As queixas de dor mais comuns são dores de cabeça, dores abdominais e dores nos membros (Huguet & Miro, 2008). Dentro dos dois tipo de dores mais comuns (dores de cabeça e dores abdominais), a prevalência das dores de cabeça varia entre 8 a 83% e dores abdominais 4 a 53% (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012), sendo que metade das crianças e adolescentes com dor crónica ou recorrente reporta ainda dores em mais do que uma localização (Huguet, Eccleston, Miro, & Gauntlett-Gilbert, 2009).

Alguns estudos apontam para diferenças de idade na prevalência de dor com as dores a aumentar com a idade (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Chambers, Biesanz, & Chen, 2008; Perquin et al., 2000) bem como diferenças de género, sendo que as raparigas reportam mais dores do que os rapazes (Haraldstad et al., 2011; Huguet & Miro, 2008; Perquin et al., 2000). Alguns autores consideram ainda que as variáveis sociodemográficas, étnicas, nível socioeconómico e estrutura familiar dos indivíduos contribuem para diferenças na prevalência de dor nos adolescentes (Lein, Green, & Thoresen, 2011).

Estudos desenvolvimentistas mostram que a dor crónica no adolescente pode persistir por vários anos (Kashikar- Zuck et al., 2001) aumentando o risco de vir a desenvolver um

problema de dor crónica que se perpetua na idade adulta (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Walker, Smith, Garber, & Claar, 2005).

A dor reduz a capacidade do adolescente para se envolver em actividades típicas da sua idade (Palermo & Chambers, 2005) e interfere com a qualidade de vida (Gold, Mahrer, Yee, & Palermo, 2009; Gold et al., 2009). O conceito multidimensional de *Health-Related Quality of Life* (HRQoL) pode ser avaliado através de instrumentos específicos para o efeito. Alguns autores têm encontrado uma associação entre os resultados nestes instrumentos e dor crónica, onde os indivíduos com mais dor obtêm resultados mais baixos nas escalas que medem a HRQoL (Dhanani, Quenneville, Perron, Abdoell, & Feldman, 2002; Gold et al., 2009; Mahrer, Montaña, & Gold, 2009). A intensidade da dor experienciada pelo adolescente está associada a incapacidades funcionais (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012) em diversos domínios. Por esta razão o impacto e severidade da dor no funcionamento do adolescente varia consideravelmente (Eccleston, Bruce & Carter, 2006).

Apesar de a maioria das crianças e adolescentes que experienciam dor recorrente utilizarem estratégias adaptativas que lhes permitem superar as limitações impostas pela dor, uma percentagem de 5 a 8% de crianças e adolescentes reportam dores tão fortes que interferem com a sua vida funcional (Huguet & Miro, 2008). A interferência das dores na vida funcional do adolescente pode dar-se a vários níveis. A nível físico existe evidência de uma redução nas actividades físicas (Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski, & Somhegyi, 2009), como andar e sentar, um aumento da necessidade de repouso fora do horário de sono e gestão disfuncional dos comportamentos como o comer e tomar banho (Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006). A nível académico são reportadas mudanças (Reid et al., 1998) como absentismo escolar, menos oportunidades de aprendizagem, trabalhos de casa incompletos, menor capacidade de concentração (Bennett et al., 2000; Eccleston & Crombez, 1999) e diminuição do desempenho escolar (Leo, Srinivasan, & Parekh, 2010). A nível social a dor reduz os contactos sociais do adolescente (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012) e as oportunidades para explorar as relações sociais (Leo, Srinivasan, & Parekh, 2010). A experiência de dor por parte do adolescente reforça ainda a sua dependência dos cuidadores, comprometendo o seu desenvolvimento normal (Leo Srinivasan, & Parekh, 2010). Por esta razão, alguns adolescentes com dor crónica consideram-se pouco independentes (Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch, & Connell, 2004) e referem sentir um atraso na formação da sua

identidade em comparação com os pares (Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch, & Connell, 2004).

Estudos referem que a dor crónica mal controlada em adolescentes pode levar a distúrbios psicológicos e psiquiátricos na idade adulta (Fearon & Hotopf, 2001; Kaczynski, Simons, & Claar, 2011). A depressão, ansiedade e perturbações do sono são as condições psiquiátricas mais comuns entre crianças e adolescentes com dor crónica. (Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch, & Connell, 2004; Huguet & Miro, 2008; Palermo, 2000). A população pediátrica com dor crónica exhibe sintomas de ansiedade elevados (Knook et al., 2011) sendo a perturbação de ansiedade a condição psiquiátrica mais prevalente em adolescentes com dor crónica (Kashikar-Zuck et al., 2008). Por exemplo, verificou-se que os sintomas de ansiedade são elevados em crianças e adolescentes com dores de cabeça crónicas (Pakalnis, Butz, Splaingard, Kring, & Fong, 2007).

Por outro lado a perturbação emocional também afecta a experiência de dor crónica, como é o exemplo da ansiedade, que aumenta a intensidade e severidade das dores experienciadas pelo adolescente (Hermann, Hohmeister, Zohsel, Tuttas, & Flor, 2008). A sensibilidade à ansiedade, ou seja, o medo de sensações de ansiedade e suas consequências negativas, é um factor psicológico que contribui para a manutenção da dor crónica e da disfuncionalidade no adolescente (Asmundson, Wright, & Hadjistavro-Polous, 2000). Perturbações de ansiedade e depressão também estão relacionadas com o número de localizações onde o adolescente reporta ter dores (Lien, Green, & Thoresen, 2011). Lein, Green e Thoresen (2011), realizaram um estudo onde concluíram que a experiência de dores em adolescente com 15/16 anos é um predictor independente para sofrimento psicológico 3 anos depois, tanto para rapazes como raparigas, tendo os autores encontrado uma relação linear entre o número de localizações das dores e o sofrimento psicológico do adolescente. A depressão tem sido apontada como predictor de dores recorrentes (Leo, Srinivasan, & Parekh, 2011) e está associada à percepção elevada de dores (Larsson & Sund, 2007; Mulvaney et al. 2006; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008) bem como à percepção de disfuncionalidade ao longo do tempo, por parte do adolescente (Larsson & Sund, 2005; Mulvaney et al., 2006; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008).

Os problemas de sono também são comumente reportados por crianças e adolescentes com dor crónica (Palermo, 2000). Estudos epidemiológicos indicam que cerca de 50% das

crianças e adolescentes com dor crónica apresentam problemas de sono (Palermo & Chambers, 2005; Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski, & Somhegyi, 2009) como dificuldades do adolescente em adormecer, despertares nocturnos frequentes, fragmentação do sono, hábitos de sono pobres, fraca percepção da qualidade do sono e aumento da discrepância entre os padrões do sono durante a semana e ao fim-de-semana (Palermo, Wilson, Lewendowski, Toliver-Sokol, & Murray, 2011). Os adolescentes com dor crónica reportam ainda problemas de fadiga (Gold, Mahrer, Yee, & Palermo, 2009) e sestas frequentes durante o dia e é possível que os adolescentes com dor crónica demonstrem mais preocupações acerca da perda de sono e maior dificuldade de *coping* em relação às horas de sono insuficientes, compensando com horas de sono durante o dia (Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski, & Somhegyi, 2009). As sestas durante o dia também podem contribuir para o evitamento de situações temidas, tais como o aumento das dores quando o adolescente se movimenta (Palermo, 2012). Sintomas depressivos tem sido identificados em vários estudos como estando correlacionados com os problemas de sono em adolescentes com dor crónica (Palermo & Chambers, 2005; Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski, & Somhegyi, 2009) e alguns autores alertam ainda para a associação entre a medicação e problemas de sono, como é o exemplo de antidepressivos, anticonvulsionantes e opióides para a gestão das dores que estão associados a mais períodos de sono durante o dia e limitações nas actividades físicas em adolescentes com dor crónica (Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski, & Somhegyi, 2009)

Por outro lado, as consequências das dores não são só vividas pelo adolescente mas também pela sua família (Simons, Logan, Chastain, & Stein, 2010). As dores do adolescente passam a fazer parte da vida familiar e interferem com toda a sua estrutura (Santos, 2010), devido ao impacto económico dos custos de saúde, à ausência profissional dos cuidadores (Sleed, Eccleston, Beecham, Knapp, & Jordan, 2005), necessidade de alteração das rotinas familiares, falta de tempo para actividades lúdicas e responsabilidades acrescidas (Palermo, 2000; Sleed et al., 2005).

As perturbações associadas à vivência parental da doença crónica infantil têm sido organizadas em quatro áreas: reações emocionais, funcionamento familiar, função parental e preocupações e necessidades especiais (Santos, 2010). Em situações de disfuncionalidade familiar, são mais comuns perturbações na própria evolução da doença crónica da criança ou adolescente (Santos, 2010). Alguns autores referem que a qualidade do funcionamento familiar é afectada e que é expectável desequilíbrio emocional e funcional na família (Horton

& Wallander, 2001) o que pode levar a sentimentos de culpa por parte do adolescente (Leo, Srinivasan, & Parekh, 2011).

1.1.3. A Artrite Idiopática Juvenil como exemplo de uma condição associada à dor crónica na adolescência

A dor crónica tem sido estudada com crianças e adolescentes com doença crónica. As dores músculo-esqueléticas são bastante comuns, representando 2% dos casos em consulta de pediatria. Como caso específico de patologia associada a dor crónica temos a Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), muito estudada por vários autores na área da saúde. Trata-se de uma doença rara, autoimune, sistémica e crónica, de causa desconhecida, que provoca inflamação das articulações. A prevalência é de 0,0008 a 0,0009% em crianças e adolescentes. O diagnóstico é feito na presença de artrite em uma ou mais articulações por um período maior ou igual a seis semanas em crianças com idade inferior a 16 anos. Existem várias formas clínicas da doença: poliarticular, mono/oligoarticular, oligoarticular extensa, artrite em relação com entesite e artrite psoriásica. Os principais sintomas são dor, febre, fadiga, perda de peso, inchaço, rigidez e inflamação das estruturas articulares. O tratamento consiste em terapêutica farmacológica, fisioterapia e em alguns casos, cirurgia. A evolução da AIJ depende da sua gravidade, forma clínica, precocidade e eficácia do tratamento, sendo difícil prever o curso da doença. Até ao momento não existe nenhum medicamento específico que cure as AIJ, sendo que os existentes apenas permitem prevenir lesões articulares e dos órgãos, enquanto se aguarda uma remissão espontânea da doença.

1.2. Modelo conceptual do stress

A partir da adolescência, com a aquisição da capacidade de realizar operações formais e pensamento lógico-abstracto o adolescente passa a ser capaz de entender a dor crónica como multifactorial. Integra assim os processos dialéticos de carácter biopsicossocial relacionados com a sua doença. A capacidade de entender que a dor crónica é derivada de causas diversas permite ao adolescente entender que os factores de stress podem ter um papel agravante na vivência da dor (Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991)

O stress tem sido largamente investigado mas a sua definição tem gerado discordâncias entre autores ao longo do tempo. Começou por ser considerado como um estímulo indutor de respostas fisiológicas de luta ou fuga (termo original *fight-or-flight*) por parte do indivíduo (Cannon, 1932). Por outro lado, vários fisiologistas descreveram o conceito em termos de

uma resposta biológica evolutiva de adaptação ao meio (Sheridan & Radmacher, 1991).

Mais recentemente vários investigadores consideraram o stress como um processo cognitivo, em resultado das transações entre a pessoa e o meio (Beck, 1993; Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus e Cohen (1977), definem *stressores* como sendo exigências internas ou externas que interferem com a homeostasia do indivíduo, afectando o seu bem-estar físico e psicológico. Em 1978, Hans distingue *stressor* (causa) de *stress* (efeito) (Viner, 1999). Provavelmente a melhor forma de definir o conceito de stress é considerando-o como um constructo, ou seja, uma síntese de elementos que interagem entre si em que cada elemento estabelece uma relação com os restantes (Sheridan & Radmacher, 1991).

O stress pode contribuir para o agravamento da dor no adolescente de forma directa, através de efeitos fisiológicos, ou de forma indirecta, através de comportamentos e pensamentos desadaptativos (Glanz & Schwartz, 2008). A associação entre as dores do adolescente e os stressores físicos e psicológicos é afectada pela forma como o adolescente confronta a situação (Walker, 1999; Petrie & Moss-Morris, 2007).

1.2.1. Modelo Transaccional de stress e coping (Lazarus & Folkman, 1984)

Folkman e Lazarus (1984) definem *coping* como “*esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências específicas (internas e/ou externas), que se apresentam como excedendo os nossos recursos pessoais*”. A mesma situação ou evento é percebida de forma diferente por vários indivíduos (Glanz & Schwartz, 2008). Segundo o Modelo Transaccional de Stress de Lazarus, quando o indivíduo é confrontado com a situação este avalia cognitivamente se existe uma potencial ameaça à sua integridade física e/ou psicológica (avaliação primária) bem como os recursos disponíveis para lidar com ela (avaliação secundária) (Lazarus & Cohen, 1977). Na avaliação primária estão envolvidas as nossas crenças sobre o mundo e as nossas motivações. O indivíduo faz um julgamento sobre a significância da situação e classifica-a como ameaçadora, benigna, irrelevante, controlável, etc.. segundo dois critérios: a severidade da ameaça e susceptibilidade do próprio à ameaça. Na avaliação secundária é avaliada a capacidade do próprio para mudar a situação ameaçadora, a sua capacidade para gerir as reações emocionais à ameaça e as expectativas em relação à eficácia dos recursos pessoais (Glanz & Schwartz, 2008). Ainda de acordo com este modelo, os efeitos emocionais e funcionais da avaliação primária e secundária são mediados por *estratégias de coping* (Lazarus & Folkman, 1984). A formulação original do modelo

conceptualiza as estratégias de *coping* segundo duas categorias: as estratégias de resolução de problemas e as estratégias focadas na emoção. As estratégias de resolução de problemas pretendem agir directamente na situação indutora de stress pelo que são mais adaptativas quando a situação pode ser modificada. Por outro lado as estratégias focadas na emoção pretendem alterar os nossos pensamentos e emoções à cerca da situação, pelo que são mais adaptativas nos eventos incontroláveis e que não podem ser modificados (Folkman & Lazarus, 1984)

1.2.2. Modelo de avaliação da dor e coping (Walker, Smith, Garber, & Claar, 2005)

Walker, Smith, Garber e Clarr (2005) com base no modelo transaccional de stress e *coping* de Lazarus e Folkman propuseram um modelo conceptual do *coping* aplicado à dor crónica. O modelo pretende ser explicativo a dois níveis: nível disposicional, com a compreensão de como as crenças sobre o *coping* e estilos de *coping* para stressores crónicos influenciam as consequências globais e a nível situacional com a compreensão de como é que os comportamentos e pensamentos associados a um episódio de dor particular influenciam o efeito imediato desse episódio de dor (Walker, Smith, Garber, & Claar, 2005). Os autores consideram que as crenças sobre as dores e os estilos de *coping* influenciam as avaliações e as estratégias de *coping* associadas a um episódio de dor. A avaliação feita pelo indivíduo durante um episódio de dor específico influencia as estratégias de *coping* específicas que o indivíduo utiliza. Estas estratégias de *coping* específicas influenciam as consequências do episódio específico de dor. Os autores propõem ainda que as consequências do episódio específico de dor podem contribuir para consequências a longo prazo, se o processo for repetido múltiplas vezes, o que acontece quando a dor é crónica ou recorrente. As consequências a longo-prazo podem ser várias: sintomas somáticos, incapacidade funcional, sintomas depressivos.

1.2.3. . Perspectiva desenvolvimentista e coping

Nas últimas duas décadas tem havido um crescente interesse por parte de alguns autores (Cole et al., 2004 Compas et al., 2001; Holodynski & Friedlmeier, 2006; Skinner, 2007), pela conceptualização de *coping* segundo uma abordagem desenvolvimentista. Esta nova visão do constructo baseia-se na ideia de *coping* como “*regulação em situação de stress*” (Compas et al., 1997). Skinner (1995, 1996) propõe uma nova conceptualização de *coping* entendendo-o como a “*regulação da acção na situação de stress que se traduz na forma como as pessoas se mobilizam, guiam, gerem e direccionam comportamentos e emoções*”.

A regulação emocional tem sido um termo utilizado para descrever e caracterizar os processos envolvidos no *coping* de emoções positivas e negativas fortes (Kopp 1989). Na verdade, as estratégias de *coping* mais adaptativas beneficiam do acesso a emoções genuínas que colaboram com outras sistemas de acção (Holodynski & Friedlmeier, 2006). Quando confrontado com uma situação ameaçadora, o indivíduo tem de lidar não só com a experiência emocional, mas também com as reacções fisiológicas, comportamentos motores, atenção, cognição e ambiente físico e social (Compas et al., 2001). Assim o foco do *coping* está em entender como é que estes aspectos interagem entre si, isto é, como é que a regulação do comportamento pode interferir com a regulação emocional na situação de stress (Skinner, 2007). Vários autores têm proposto teorias explicativas da interação entre reacções ao stress e respostas de *coping*. Compas et al. (1999) propuseram, que as reacções ao stress e respostas de *coping* são mutuamente exclusivas, funcionando em paralelo. Outros autores sugerem que se trata de um processo sequencial, em que as respostas de *coping* modificam a reacção inicial (Cole et al., 2004). Outros autores propõem ainda que stress e coping funcionam em simultâneo e num processo contínuo (Campos et al., 2004). Apesar das divergências, parece haver consenso em relação ao facto de que reacções ao stress e respostas de *coping* se influenciam mutuamente ao longo do tempo (Compas et al., 2001; Skinner, 1999).

De acordo com a perspectiva desenvolvimentista, as componentes do *coping* (reacção ao stress e regulação da acção) têm diferentes bases temperamentais e diferentes períodos de desenvolvimento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Alguns estudos sobre os processo de regulação verificaram mudanças significativas relacionadas com a idade (Holodynski & Friedlmeier, 2006) o que permite também identificar marcos no desenvolvimento das estratégias de *coping* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Por outro lado, o crescente interesse pelo estudo das bases subjacentes ao processo de regulação tem demonstrado a importância do temperamento e das relações sociais no desenvolvimento das estratégias de *coping* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Esta recente conceptualização de *coping*, considerando-o como um processo de regulação, dá particular importância aos processos emocionais, comportamentais, motivacionais, atencionais, cognitivos e sociais. O *coping* resulta assim da forma como este múltiplos sistemas de regulação interagem entre si na situação de stress (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Alguns autores, dada a variedade de estratégias de *coping* existentes, têm proposto o agrupamento das mesmas, formulando assim “Famílias de Coping”/“categorias de Coping” (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Zimmer-Gembeck e Skinner (2001) com base em revisão exaustiva de estudos anteriores, propuseram doze categorias de estratégias de *coping*. São elas, Resolução de Problemas; Procura de Suporte; Fuga; Autoconfiança; Desesperança; Acomodação; Delegação; Isolamento Social; Procura de Informação; Negociação; Oposição; Submissão. Cada uma destas categorias inclui outras estratégias de ordem inferior agrupadas segundo um critério de funcionalidade. Por exemplo, a Resolução de Problemas inclui a formação de soluções para o problema, planeamento, tomada de decisão e acções instrumentais. O estudos mostram que as acções instrumentais de tentativa de mudança da situação de stress começam logo que a criança ganha controlo motor mas que é só na adolescência que estratégias de resolução de problemas com bases cognitivas emergem, como o planeamento, reflexão, comprometimento, etc. Também as estratégias de procura de suporte são utilizadas em todas as idades ainda que a fonte de suporte, o tipo de suporte e as formas de procura desse suporte variem. Em crianças mais novas as principais figuras de suporte são as figuras de vinculação. Já na adolescência a escolha da figura de suporte é mais selectiva e mais específica para determinado problema, sendo que o adolescente opta também mais vezes pelo suporte emocional dos pares em relação a crianças mais novas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Outra estratégia de *coping* é a Distração. Nesta categoria é bastante evidente as diferenças em consequência do nível do desenvolvimento, sendo que as crianças utilizam estratégias de distração mais comportamentais em comparação com os adolescentes que adquirem a capacidade de escolher estratégias distrativas mais comportamentais ou mais cognitivas consoante a situação de stress específica. As estratégias de distração tornam-se mais organizadas, flexíveis e integradas com outras estratégias de *coping* com o aumento da idade.

Estudos desenvolvimentistas sobre o *coping* têm revelado que o repertório aumenta com a idade (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011) e as acções de ordem mais instrumentais vão, de certa forma, sendo substituídas por planeamento e resolução de problemas de nível mais cognitivo, sendo estas as estratégias mais utilizadas pelos adolescentes. As estratégias de distração tornam-se também mais diversificadas na adolescência, alternando entre estratégias de distração comportamentais e cognitivas, ou ambas. Os adolescentes tornam-se também mais capazes de refletir sobre as suas emoções, o que se traduz em estratégias de regulação

emocional mais eficazes e sofisticadas. Um aspecto associado à maior consciência das próprias emoções no adolescente é a ruminação que se torna mais comum no início da idade adulta. Outras estratégias mais sofisticadas emergem também nesta altura, como a auto-verbalização e autoconfiança (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011).

Apesar destes estudos demonstrarem que os adolescentes preferem estratégias mais sofisticadas e sobretudo cognitivas, assim como maior flexibilidade na sua utilização, as estratégias comportamentais, como a distração comportamental e a procura de suporte dos cuidadores, não desaparecem. A manutenção destas estratégias de *coping* mais elementares podem ser mesmo mais eficazes quando a situação de stress não está sobre o controlo do adolescente, como é o caso da dor crónica. O uso de estratégias de distração comportamentais como fazer uma actividade que o adolescente goste, ao invés de cognitivas, torna-se assim bastante útil no confronto com a dor crónica.

As estratégias utilizadas pelos adolescentes encontram-se fortemente associadas com a intensidade da dor experienciada, com o ajustamento psicossocial e funcionamento físico do adolescente (Jensen et al., 1991).

1.2.4. Avaliação do coping na dor crónica

No estudo do *coping* com a dor crónica têm sido utilizados dois principais instrumentos de avaliação. O *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) (Rosenstiel & Keefe, 1983) composto por 48 itens, é um questionário de auto-relato composto por seis escalas de estratégias cognitivas (catastrofização, atenção desviada, reinterpretação das sensações de dor, auto-declarações, ignorar sensações de dor, rezar/ter esperança) e duas escalas de estratégias comportamentais (aumento dos níveis de actividade e aumento dos comportamentos de dor), adequado para adultos.

O *Pain Coping Questionnaire* (PCQ) (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) é uma escala de auto-relato composta por 39 itens e 8 subescalas (procura de informação; resolução de problemas; procura de suporte social; declarações positivas; distração comportamental; distração cognitiva; externalização; internalização) adequada para crianças e adolescentes (dos 8 aos 18 anos).

1.3. Catastrofização: definição e dimensões

A catastrofização, segundo o modelo cognitivo-comportamental de Aaron Beck, resulta de distorções cognitivas na avaliação das situações. Beck (1976) considerou que a

catastrofização é um pensamento automático negativo que assenta na ideia de que algo terrível e fora do controlo do indivíduo vai acontecer. A situação é percebida pelo indivíduo de forma distorcida, o que origina pensamentos de impotência e desespero, conduzindo a que o indivíduo não consiga imaginar um desfecho positivo para a situação (Beck & Knapp, 2008).

Sullivan et al. (2001) considerou a catastrofização na dor como *“uma orientação negativa exagerada à dor real ou prevista, composta por elementos de amplificação, ruminação e desamparo aprendido”*. A percepção de falta de controlo leva a pensamentos de catastrofização que se traduzem pela presença constante de pensamentos automáticos negativos (Jones et al., 2003). Existem três dimensões fundamentais que contribuem para a catastrofização: a amplificação, na forma de aumentar e exagerar a intensidade da dor percebida, a ruminação, com constantes pensamentos negativos e pensamento circular, e por último o desamparo, ou sentimento de desesperança, em que a pessoa considera que a dor toma conta da vida do próprio (Sullivan & Bishop, 1995). As experiências de vida relacionadas com a dor e os esquemas mal adaptativos construídos ao longo do tempo desempenham um papel fundamental na manifestação de pensamento automáticos negativos do tipo catastrófico (Sullivan et al. 2001)

1.3.1. Catastrofização e dor

A catastrofização tem recentemente ganho algum destaque nos estudos sobre a dor crónica. Tem sido apontada como um preditor das dores experienciadas e do stress emocional no adolescente (Eccleston et al., 2004; Turner, 1991). Vários autores têm encontrado associações entre a catastrofização e o aumento na intensidade da dor e da disfunção psicossocial em pacientes com dor crónica (Martin et al., 1996; Crombez et al., 2003; Muris et al., 2007) e a catastrofização e menor tolerância à dor (Piira, Taplin, Goodenough, & Von Baeyer, 2002). Outros autores encontraram ainda associação entre a catastrofização e depressão (Turner, Dworkin, Mancl, Huggins, & Truelove, 2001). A relação entre catastrofização e queixas somáticas poderá ser explicada pela hipervigilância do indivíduo aos sintomas corporais, que são interpretados como dolorosos e patológicos (Watson & Pennebaker, 1989). Estudos recentes referem que a catastrofização influencia efeitos a longo prazo em vários comportamentos relacionados com a saúde, como a adesão ao tratamento e medicação. (Edwards, Bingham, Bathon, & Haythornthwaite, 2006). A presença de estados emocionais negativos e distorções nos processos cognitivos podem deteriorar a capacidade do

adolescente para utilizar estratégias de *coping* eficazes no confronto com a dor (Claar et al., 2008). Se a dor for percebida como incontrolável o adolescente pode ter maior tendência para utilizar estratégias de *coping* passivo (Claar et al., 2008; Walker et al., 2008).

Por outro lado, a associação entre catastrofização e limitações físicas parece não ocorrer (Turner, Dworkin, Mancl, Huggins, & Truelove, 2001). Alguns estudos apontam que as cognições desempenham um papel fundamental nos estados de humor e actividades em geral, mas não em actividades específicas (McGrath, 1990; Turner, Dworkin, Mancl, Huggins, & Truelove, 2001).

É importante salientar que a maioria dos estudos sobre catastrofização na dor crónica conceptualizam o conceito como sendo uma estratégia de *coping* (Keefe et al., 1997; Rosenstiel & Keefe, 1983; Martin et al., 1996; Walker et al., 1997; Reid, Chambers, McGrath, & Finley, 1998). Vários autores têm construído instrumentos para avaliação das estratégias de *coping* em doentes com dor crónica sendo que a catastrofização aparece como uma escala desses instrumentos (Rosenstiel & Keefe, 1983; Reid, Chambers, McGrath, & Finley, 1998). Assumindo, segundo o modelo cognitivo-comportamental, que a catastrofização resulta de uma percepção distorcida da realidade traduzida sobre a forma de sentimentos de desesperança, falta de controlo e amplificação da dor parece mais apropriado considerar a catastrofização como um pensamento automático negativo do que como uma estratégia de *coping*.

1.4. Objectivos do estudo

Como foi referido na revisão de literatura, são cada vez mais os autores a interessarem-se pelo estudo da dor crónica no adolescente, resultando numa literatura cada vez mais vasta sobre a temática. Em menor número são os estudos que estudam as estratégias de *coping* e a catastrofização nos adolescentes com dor crónica.

Desta forma, a presente investigação teve os seguintes objectivos: caracterizar os níveis de dor auto reportada, valores de Catastrofização e as estratégias de *coping* utilizadas por um grupo de jovens com dor crónica acompanhados numa consulta de reumatologia e um grupo de jovens comunitários e explorar a existência de associações entre estas dimensões. Um objetivo complementar foi a realização de estudos psicométricos preliminares das escalas e a comparação das variáveis clínicas e os dados sociodemográficos.

II. Caracterização metodológica do estudo

Atendendo aos objetivos e ao tamanho da amostra que foi possível recolher, realizou-se um estudo, descritivo, transversal e exploratório. Para efeitos de análise de dados, seguiu-se uma abordagem quantitativa, onde os dados foram obtidos através de escalas numéricas. Os resultados das escalas foram posteriormente submetidos a análise estatística. Esta abordagem permite estudar as variáveis de uma forma objectiva (Johnson & Christensen, 2012)

2.1 População e amostra

No presente estudo foram usadas duas amostras, uma clínica e uma comunitária, que serão descritas em seguida.

2.1.1 Amostra clínica

A amostra clínica, de conveniência, incluiu 30 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, inscritos na consulta de Artrite Reumatoide do Hospital Santa Maria de Lisboa e do Hospital Garcia de Orta de Almada. Os critérios de inclusão foram o adolescentes ter diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil, ter entre 12 e 18 anos e compreender o português escrito e falado. Os dados foram recolhidos nos Hospitais acima mencionados, no mês de Junho, Julho, Agosto e Setembro de 2014.

A média de idade dos participantes foi 15,27 anos (DP =2.05) sendo que 70% dos participantes pertenciam ao sexo feminino.

Relativamente ao diagnóstico, 43,3% dos jovens tinham diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil – Poliarticular, 43,3% tinham diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil – Oligoarticular, 3,3% o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil – Artrite Psoriática Juvenil, 3,3% o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil – Artrite relacionada com Entesite HLA B27+ e 6,7% diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil sem subtipo definido. Relativamente à terapêutica, 80% dos participantes encontravam-se medicados. A terapêutica consistia essencialmente em analgésicos, antimetabólitos e anti-inflamatórios.

2.1.2. Amostra comunitária

A amostra comunitária do presente estudo foi constituída por um total de 50 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Os critérios de inclusão foram o jovem ter entre 12 e 18 anos, não ter nenhuma doença crónica diagnosticada conhecida e compreender o português escrito e falado

Os dados foram recolhidos no mês de Agosto e Setembro de 2014 através de um questionário online, divulgado nas redes sociais, nomeadamente pelo Facebook.

A idade média da amostra foi de 15,78 anos (D.P =1,82) sendo que 60% dos participantes pertenciam ao sexo feminino.

Relativamente à escolaridade, 40% dos participantes frequentava o 12º ano, 24% frequentava o 11º ano, 18% o 9º ano, 8% o 10º ano, 4% o 6º e 7º anos e 2% o 8º ano.

Relativamente à localização geográfica, 38% dos participantes residia em Lisboa, 36% em Setúbal, 10% em Leiria, 10% na Região Autónoma dos Açores, 4% em Santarém e 2% em Faro.

Os participantes foram inquiridos quanto ao conhecimento de possuírem alguma doença crónica. 84% dos participantes responderam que não tinham conhecimento de terem uma doença crónica. Os restantes 16% indicaram ter uma doença crónica que não estava associada à presença de dor.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Foram recolhidos os seguintes dados do adolescente: idade, sexo, escolaridade, localidade (distrito) e presença de doença crónica (no caso da amostra comunitária) idade, sexo, diagnóstico clínico e terapêutica actual (no caso da amostra clínica).

No caso do cuidador que deu autorização para o estudo, apenas para a amostra clínica, foi recolhida informação de género.

2.2.2. Escala visual analógica de Dor

A Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale* [VAS]) é uma medida unidimensional e subjectiva para a dor. Consiste numa linha horizontal com a indicação “Sem dor” e “Dor máxima” na extremidade esquerda e direita, respectivamente. O adolescente deve marcar o ponto no contínuo da linha que represente a intensidade da sua dor. Seguidamente mede-se, em centímetros, a distância entre a extremidade esquerda da linha (que corresponde a zero) e o local assinalado. Obtém-se uma classificação numérica da percepção do adolescente da sua dor, sendo que quanto maior for a distância, mais intensa é a dor.

A VAS é considerada como uma medida válida para crianças e adolescentes. Alguns autores consideram que pode ser utilizada em crianças a partir dos 5 anos de idade (Szyfelbein, Osgood, & Carr, 1985) enquanto que outros autores aconselham a sua utilização apenas a partir dos 7 anos (Shields et al., 2003).

Vários autores têm demonstrado a fiabilidade, validade de construto e validade de critério da VAS (Huguet et. al., 2010). Num estudo com pacientes com doenças reumatóides a análise da confiança teste-reteste mostrou bons resultados sendo melhor em indivíduos com grau de literacia superior ($r = 0.94$, $P < 0.001$) em comparação com indivíduos com grau de literacia menor ($r = 0.71$, $P < 0.001$) (Goldsmith et al., 1990). Ainda neste estudo, a validade de constructo revelou uma correlação elevada entre as escalas verbais descritivas de 5 pontos para a dor (“nenhuma”; “ligeira”; “moderada”; “severa”; “muito severa”) e as escalas numéricas (com escala de resposta desde “sem dor” até “dor insuportável”) com correlações entre 0,71 – 0,78 e 0,62 – 0,91, respectivamente. Num outro estudo com pacientes com dor crónica inflamatória ou degenerativa das articulações, a VAS mostrou ser sensível às mudanças na avaliação da dor medida de hora em hora durante 4 horas e semanalmente durante 4 semanas, após a terapêutica analgésica ($P = 0,001$) (Joyce, Zutchi, Hrubes, & Mason, 1975).

No presente estudo a dor não foi exactamente medida da mesma forma nas duas amostras: na amostra clínica a pergunta sobre a dor reportou à dor no momento actual (“Neste momento, agora, quanta dor sentes?”) enquanto que na amostra comunitária foi medido o último episódio de dor recordado pelo adolescente (“Relembra-te da última situação em que tiveste dores (...)”)

2.2.3. Escala de Catastrofização da Dor para crianças

A Escala de Catastrofização da Dor (*Pain Catastrophizing Scale* [PCS]) é uma escala de auto-relato desenvolvido por Sullivan et al. (1995). No seu desenvolvimento os autores incorporaram o trabalho clínico e experimental sobre pensamento catastrófico relacionado com a experiência de dor de outros autores (Chaves & Brown, 1987; Rosenstiel & Keefe, 1983; Spanos et al., 1979).

A escala é composta por 13 itens que avaliam o grau em que os indivíduos experienciam determinados pensamentos e sentimentos quando têm dores, numa escala de likert de 5 pontos.

O PCS engloba uma pontuação global e uma pontuação específica para cada uma das três dimensões da catastrofização: ruminação (“Quando estou com dor só penso no quanto isso me magoa”), magnificação (“Quando estou com dor eu penso que algo de grave pode acontecer”) e desamparo (“Quando estou com dor é horrível e sinto que a dor toma conta de mim”).

A cotação total no PCS varia entre 0 e 52 pontos. Pontuações mais altas indicam maior catastrofização. A pontuação nas 3 dimensões é feita pela soma dos itens específicos para cada dimensão: ruminação (soma dos itens 8, 9, 10 e 11), magnificação (soma dos itens 6, 7 e 13) e desamparo (soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5 e 12).

Os estudos mostram bons resultados a nível de consistência interna (coeficiente α : PCS global = 0,87; ruminação = 0,87; magnificação = 0,66; desamparo = 0,78) (Sullivan et al., 1995).

Crombez et al. (2002) desenvolveram uma versão do PCS adaptada a crianças e adolescentes. Os autores verificaram se o conteúdo dos 13 itens originais era entendido por crianças a partir do 4º ano de escolaridade: um item (item 4) foi reformulado, a frase “quando tenho dores” foi incorporada em todos os itens e a escala de likert de 5 pontos foi reformulada.

Estudos de validação do PCS-C (*Pain Catastrophizing Scale - Children*) mostram bons resultados a nível de consistência interna para cada grupo de idade (9 anos ou menos: α = 0,86, 10 anos: α = 0,88, 11 anos: α = 0,86, 12 anos: α = 0,84, 13 anos: α = 0,81, 14 anos: α = 0,84, 15 anos ou mais: α = 0,89) (Crombez et al., 2003).

2.2.4. Questionário de Coping na Dor

O Questionário de *Coping* na dor (*Pain Coping Questionnaire* [PCQ]) é um questionário de auto-relato desenvolvido por Reid (1998) que tem como objectivo perceber quais as estratégias de *coping* que as crianças e adolescentes utilizam. Foi desenvolvido para crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos, sendo que as crianças a partir do 3º ano de escolaridade são consideradas aptas a responder. É um questionário composto por 39 itens que avaliam a frequência com que a criança ou adolescente pensa, faz ou diz certos comportamentos, pensamentos ou verbalizações quando tem dores (i.e “Faço perguntas sobre as dores”). O questionário é composto por 8 subescalas (procura de informação; resolução de problemas; procura de suporte social; declarações positivas; distração comportamental; distração cognitiva; externalização; internalização). As 8 subescalas derivaram de um estudo preliminar

através da análise de clusters com uma amostra de jovens adultos saudáveis (Reid et al., 1994). Neste estudo, as 8 subescalas mostraram bons resultados a nível de consistência interna (α de Chronbach): procura de informação, 0,79; resolução de problemas, 0,86; procura de suporte social, 0,86; declarações positivas, 0,82; distração comportamental, 0,78; distração cognitiva, 0,85; externalização, 0,81; internalização, 0,82). Ainda segundo este estudo, a análise factorial permitiu identificar 3 escalas de ordem superior: aproximação (composta pelas subescalas de procura de informação, resolução de problemas, procura de suporte social e declarações positivas) evitamento focado no problema (engloba as subescalas declarações positivas, distração comportamental e distração cognitiva) e evitamento focado na emoção (composta pelas subescalas de externalização e internalização). A análise de consistência interna revelou valores de consistência interna elevados nas 3 escalas de ordem superior: aproximação, 0,89; evitamento focado no problema, 0,86; evitamento focado na emoção, 0,85.

Num outro estudo de validação do PCQ com uma amostra de crianças e adolescentes com artrite, a análise de factores de ordem superior revelou resultados semelhantes ao acima mencionado (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998). Segundo estes autores, os 3 factores de ordem superior justificam 58% da variância dos dados e revelam um bom ajuste aos dados ($\chi^2 = 3,90$, $P = 0,79$). A escala de aproximação revelou-se positivamente correlacionada com a escala evitamento focado no problema ($r = 0,28$, $P < 0,01$). A escala de evitamento focado na emoção correlacionou-se negativamente com as duas outras escalas (aproximação, $r = -0,18$; evitamento focado no problema, $r = -0,22$).

O PCQ utiliza uma escala de likert de 5 pontos (1- nunca; 2- raramente; 3- às vezes; 4- frequentemente; 5- muito frequentemente). A cotação da escala geral e/ou das subescalas é obtida através da soma das respostas dadas aos itens em questão, sendo que pontuações mais altas indicam maior uso de estratégias de *coping*.

2.2.5. Questionário de Coping na Dor – Versão para pais

Os autores do PCQ criaram uma versão do questionário para os pais (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998). As principais diferenças dizem respeito à formulação dos itens (e.g. “Quando o seu filho está magoado ou com dores durante algumas horas ou dias, ele...”) de forma a que se referiam à criança (e.g. “ele preocupa-se com o facto de vir a ficar com dores para sempre”). As 8 subescalas foram desenvolvidas de forma semelhante às subescalas do

PCQ para crianças e a análise factorial revelou a presença de 3 escalas de ordem superior (tal como a versão para crianças). As 3 escalas de ordem superior justificam 61% da variância dos dados e revelam bom ajuste aos resultados ($\chi^2 = 2,77$, $P = 0,91$). As 3 escalas não se revelaram inter-correlacionadas (aproximação e evitamento focado no problema, $r = -0,07$; aproximação e evitamento focado na emoção, $r = 0,04$; distração e evitamento focado na emoção, $r = -0,19$).

As correlações entre as respostas dos pais e adolescentes são moderadas ($r = 0,10 - 0,55$; média = $0,30$).

2.2.6. Escala de Efectividade do Coping com a dor

A Escala de Efectividade do Coping com a dor (*Pain Coping Effectiveness*) é uma escala de auto-relato desenvolvida por Reid (1998) para crianças e adolescentes. Tem como objectivo avaliar a percepção das crianças e adolescentes em relação à forma como lidaram com experiencias de dor prévias. É composto por 7 itens (e.g. “Eu lidei bem com as dores”; “as coisas que fiz quando estava com dores foram úteis”) respondidos através de uma escala de likert de 5 pontos.

No estudo de validação do PCQ anteriormente referido (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) a análise de consistência interna desta escala revelou valores de $0,86$ para adolescentes no ensino secundário e $0,72$ para adolescentes no ensino básico.

2.2.7. Escala de Controlabilidade da dor e das emoções

A escala de Controlabilidade da dor e das emoções (*Pain and Emotion Controllability*) é uma escala de auto-relato desenvolvida por Reid (1998) para crianças e adolescentes. Tem como objectivo avaliar a percepção de controlo das crianças e adolescentes. É composto por 3 questões (e.g. “Quando estás magoado ou com dores durante algumas horas ou dias, quantas vezes pensas que podes fazer algumas coisa para mudares isso?”;) respondidas através de uma escala de likert de 5 pontos.

Não foram publicados dados psicométricos relativos a esta escala por parte dos autores.

2.2.8. Escala de Reações Emocionais à Dor

A escala de Reações Emocionais à Dor (*Emotional Reactions to Pain*) é uma escala de auto-relato desenvolvida por Reid (1998) para crianças e adolescentes. Tem como objectivo avaliar os sentimentos das crianças e adolescentes quando experienciam dores. As crianças e

adolescentes indicam o quanto se sentiram felizes, tristes, excitados, zangados, calmos/relaxados, assustados/com medo, nervosos/preocupados durante os últimos episódios de dor experienciados durante horas ou dias, através de uma escala de likert de 4 pontos.

No estudo de validação do PCQ anteriormente referido (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) a análise de consistência interna revelou valores de 0,74. Num estudo com crianças sujeitas a cirurgia (Chambers et al., 1996) a medida foi considerada como tendo boa consistência interna, no dia da cirurgia e nos dois dias seguintes ($\alpha = 0,74 - 0,84$) e relacionada com a intensidade de dor experienciada pela criança no dia da cirurgia e em cada um dos dois dias seguintes à cirurgia ($r = 0,66$, $r = 0,70$, $r = 0,55$, respectivamente)

2.3. Procedimento

O estudo iniciou-se com a tradução e adaptação das escalas PCQ e PCS. A adaptação das escalas para a versão portuguesa foi feita após a autorização dos seus autores.

A primeira tradução das escalas foi realizada por 2 tradutores independentes. A versão conciliada destas duas traduções foi enviada para um tradutor com domínio comprovado de língua portuguesa e inglesa, que retroverteu os itens para língua inglesa. Alguns itens foram revistos e alterados na versão portuguesa e uma nova retroversão foi necessária.

Ambas as escalas foram aplicadas a uma pequena amostra de adolescentes como forma de verificar se não havia dificuldades na compreensão dos itens.

2.3.1 Procedimento no caso da amostra clínica

Após a tradução e adaptação das escalas PCQ e PCS, alguns hospitais e clínicas privadas foram contactados de forma a estabelecer um protocolo que permitisse a recolha de dados nesses locais. Foi obtida resposta positiva do Hospital Santa Maria de Lisboa e do Hospital Garcia de Orta de Almada.

Após o estudo ter sido autorizado pela Direcção e Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, procedeu-se à aplicação dos questionários.

As investigadoras no estudo deslocaram-se à consulta de reumatologia pediátrica onde lhes foi facultado, pela médica responsável, o nome dos pacientes que cumpriam os critérios de inclusão no estudo.

Seguidamente os pais e adolescente foram abordados pelas investigadoras enquanto esperavam pela consulta de reumatologia e o estudo foi devidamente explicado. Os pais e adolescente assinaram o termo de consentimento informado e o assentimento informado, respectivamente. Seguidamente foi pedido ao adolescente que preenchesse os questionários pela seguinte ordem: PCS; PCQ e escalas complementares (Effectiveness, Emotion Reaction to Pain e Pain Controlability); AQSA. A participação no estudo foi de carácter voluntário.

Após o adolescente terminar, as investigadores confirmaram que nenhuma questão foi deixada por responder.

Após a resposta aos questionários, foi pedido ao adolescente que indicasse, na escala analógica visual, qual a dor sentida no momento.

As investigadoras estiveram presentes em todos os momento de recolha de dados de forma a esclarecer qualquer dúvida dos participantes.

O tempo total disponibilizado pelos participantes foi, em média, de 30 minutos.

A confidencialidade dos dados recolhidos foi mantida através da atribuição de um código a cada questionário.

Os dados recolhidos foram posteriormente transferidos para formato informático, através do sistema de leitura óptica Teleform.

2.3.2. Procedimento no caso da amostra comunitária

No caso da amostra comunitária, as escalas foram colocadas online através do software Qualtrics, sendo que a estrutura original das escalas foi mantida.

Após o questionário estar disponível online, a equipa de investigação do estudo efectuou um teste piloto para detectar possíveis falhas ou erros.

Após esta verificação e correcção das falhas detectadas, os questionários foram divulgados pela internet, nomeadamente através da rede social Facebook, sendo disponibilizado um *link* directo aos participantes. Um estudo realizado por Amon e colaboradores (2014) revelou que o Facebook é uma boa ferramenta para recrutamento eficaz de participantes. Este método permitiu recolher os dados num período mais curto de tempo através do efeito “Bola de Neve”.

A participação no estudo foi de carácter voluntário.

O período de recolha de dados compreendeu os meses de Agosto e Setembro de 2014.

2.4. Análise de dados

No presente estudo os dados recolhidos foram analisados através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21 para Macintosh. Os dados omissos não foram considerados na análise.

Numa primeira fase foi realizada análise descritiva das variáveis em estudo de forma a compreender o comportamento da amostra utilizada.

Seguidamente, foram realizados estudos de análise de fiabilidade onde foi testada a correlação item-total e consistência interna (através do alfa de Cronbach) da escala PCS e subescalas, PCQ e suas subescalas e factores de ordem superior (versão para jovens e versão para pais) e escalas complementares do PCQ (Effectiveness; Emotion Reaction to Pain e Pain Controlability).

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da amostra, o teste *U* de Mann-Whitney para averiguar diferenças entre a amostra clínica e comunitária em relação à escala de catastrofização, escala do coping e subescala complementar do *coping* de efectividade, o teste Qui Quadrado para verificar diferenças entre as amostras relativamente à escala complementar Controlabilidade e à escala Reacções Emocionais na dor. Por último foi realizado o teste de correlação de Spearman, visto não se ter comprovado a normalidade da amostra, para explorar associações entre as variáveis em estudo.

III. Resultados

Nesta secção apresentam-se os resultados deste estudo. Num primeiro momento serão apresentados os resultados relativos ao estudo preliminar dos questionários e de seguida serão apresentados os resultados do estudo das variáveis e correlações encontradas.

3.1 Estudo preliminar das escalas

Todos os estudos preliminares dos questionários foram realizados com a amostra total (N=80)

Pain Catastrophizing Scale (PCS) – versão para crianças

No estudo de validação do questionário (Crombez et. al. 2003) os autores, através de análise factorial confirmatória, encontraram 3 dimensões: Ruminação, Magnificação e Desamparo. No presente estudo e atendendo a que a amostra não era adequada para reproduzir a análise factorial, os resultados foram apenas submetidos a determinação da percentagem de resposta às alternativas de cada item e a análise de fiabilidade, através do estudo das correlações inter-itens e item-total e do alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada uma das dimensões.

A maioria dos 13 itens apresentaram resultados que cobriam todas as possibilidades de resposta. Apenas o item 8 revelou uma tendência de resposta, tendo 72,5% da amostra respondido “Extremamente” e não tendo sido utilizada a opção Ligeiramente”. Ainda assim a análise da correlação item-total revelou um valor de 0,35 pelo que o item não tem indicações para ser excluído. A média das correlações inter-item foi de 0,47.

Na tabela abaixo estão sumarizados os alfas de *Cronbach* para a escala total e para as 3 subescalas.

Tabela 1

Análise da consistência interna para a escala total e subescalas

Catastrofização e subescalas	Amostra Total
	α
Total	0,92
Ruminação	0,76
Magnificação	0,72
Desamparo	0,88

3.1.1. Pain Coping Questionnaire (PCQ) – versão para jovens

No estudo de validação do questionário (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) os autores, através de análise factorial, encontraram 8 subescalas: Procura de Informação, Resolução de Problemas, Procura de Suporte Social, Declarações Positivas, Distração Comportamental, Distração Cognitiva, Externalização e Internalização. Através de análise de factores de ordem superior, encontraram ainda 3 factores: Aproximação, Evitamento focado no Problema e Evitamento focado na Emoção. No presente estudo e atendendo a que a amostra não era adequada para reproduzir a análise factorial, os resultados foram apenas submetidos a determinação da percentagem de resposta às alternativas de cada item e a análise de fiabilidade, através do estudo das correlações inter-itens e item-total e do alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada uma das dimensões

A análise da amplitude de resposta por item mostrou não ser necessário retirar nenhum item. Ainda assim, os itens 23 e 31 não apresentaram respostas “Muito Frequentemente” e o item 38 apresenta uma tendência de resposta “Nunca” (76,3%). A análise das correlações inter-item e item-total sugere a eliminação dos itens 14 e 15 por apresentarem correlações item-total abaixo de 0,20. Sem a eliminação destes itens, a média das correlações inter-item para a escala total foi de 0,20. É importante referir que na análise das correlações inter-item e item-total o item 12 revelou uma correlação inferior a 0,2 para a subescala declarações positivas, na amostra total.

No entanto, atendendo ao tamanho da amostra deste estudo e ao facto de os alfas encontrados apresentarem todos valores superiores a 0,70, optou-se por realizar o estudo mantendo a estrutura da escala original.

A tabela abaixo resume os níveis de consistência interna da escala completa, das 8 subescalas e dos 3 factores de ordem superior.

Tabela 2

Análise da consistência interna para o questionário PCQ na sua versão para jovens, escala completa, subescalas e factores de ordem superior

Coping subescalas e factores	Amostra total
	α
Total	0,91
Aproximação	0,93
Procura de informação	0,70
Resolução de Problemas	0,87
Procura de Suporte Social	0,82
Declarações positivas	0,78
Evitamento focado no Problema	0,89
Declarações positivas	0,78
Distração Comportamental	0,85
Distração Cognitiva	0,86
Evitamento focado na Emoção	0,87
Externalização	0,86
Internalização	0,89

3.1.2. Pain Coping Questionnaire (PCQ) – Versão para pais

A versão do questionário PCQ para pais foi apenas respondida pelos pais dos adolescentes da amostra clínica.

No estudo de validação do questionário (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) os autores, através de análise factorial, encontraram 8 subescalas: Procura de Informação, Resolução de Problemas, Procura de Suporte Social, Declarações Positivas, Distração Comportamental, Distração Cognitiva, Externalização e Internalização. Através de análise de factores de ordem superior, encontraram ainda 3 factores: Aproximação, Evitamento focado no Problema e Evitamento focado na Emoção. No presente estudo e atendendo a que a amostra não era adequada para reproduzir a análise factorial, os resultados foram apenas submetidos a determinação da percentagem de resposta às alternativas de cada item e a análise de fiabilidade, através do estudo das correlações inter-itens e item-total e do alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada uma das dimensões.

Pela análise da amplitude de resposta verificamos que nos itens 1, 3, 11, 18, 20, 21, 25, 30, 33, 35, 37 e 38 não houve respostas “Muito Frequentemente”. Os itens 5, 6, 7, 13, 14, 15, 22, 23, 31 e 38 indicam valores de correlação item-total inferiores a 0,20. Sem a eliminação destes itens a média de correlação inter-item para a escala total foi de 0,15.

No entanto, pelas razões já antes apontadas, aqui reforçadas por a amostra só incluir 30 sujeitos, optou-se por manter a estrutura original da escala.

É importante referir que na análise das correlações inter-item e item-total o item 12 revelou uma correlação inferior a 0,2 para a subescala declarações positivas.

A tabela abaixo resume os níveis de consistência interna da escala completa, das 8 subescalas e dos 3 factores de ordem superior.

Tabela 3

Análise da consistência interna para o questionário PCQ versão para pais escala completa, subescalas e factores de ordem superior

Coping versão pais, subescalas e factores	Amostra Total
	α
Total	0,87
Aproximação	0,92
Procura de informação	0,68
Resolução de Problemas	0,85
Procura de Suporte Social	0,82
Declarações positivas	0,78
Evitamento focado no Problema	0,73
Declarações positivas	0,78
Distração Comportamental	0,72
Distração Cognitiva	0,31
Evitamento focado na Emoção	0,87
Externalização	0,88
Internalização	0,85

Escalas complementares do Coping

3.1.3. Efectividade

Esta escala complementar do *coping* é unidimensional.

O alfa de *Cronbach* para o total dos 7 itens do questionário é de 0,78.

Tendo em conta a amostra total, o resultado da análise de amplitude de frequência de resposta por item indicou resposta em todos os itens do questionário, pelo que não haveria razão para eliminar nenhum item. Nenhum item apresentou correlação item-total inferior a 0,2. A média da correlação inter-item foi de 0,34.

3.1.4. Controlabilidade na dor

Esta escala complementar do *coping* é unidimensional.

O alfa de *Cronbach* para o total dos 3 itens do questionário é de 0,42.

O resultado da análise de amplitude de frequência de resposta por item revelou resultados que cobriram todas as possibilidades de resposta. O item 3 apresentou uma correlação item-total inferior a 0,2. A média de correlação inter-item foi de 0,19. Atendendo aos baixos valores de correlação inter-item e de consistência interna, ao facto de não haver estudos psicométricos com a versão original e ao próprio conteúdo dos itens, optou-se por tratar cada item separadamente.

3.1.5. Reações emocionais na experiencia de dor

Esta escala complementar do coping não tem subescalas.

O alfa de *Cronbach* para o total dos 7 itens do questionário é de 0,57.

O resultado da análise de amplitude de frequência de resposta por item revelou tendência de resposta no item 5 (52,5% dos adolescentes da amostra total responderam “Nunca” neste item). Os itens 1 e 5 mostram correlações item-total inferiores a 0,2. A média de correlação inter-item foi de 0,16.

Atendendo aos baixos valores de correlação inter-item e de consistência interna, ao facto de não haver estudos psicométricos com a versão original e ao próprio conteúdo dos itens, optou-se por tratar cada item separadamente.

3.2. Análise descritiva e comparação entre as duas amostras

3.2.1. Estudo do nível de dor

Podemos observar que os níveis de dor reportada são abaixo da média. Realça-se que a dor não foi exactamente medida da mesma forma nas duas amostras: na amostra clínica a

pergunta sobre a dor reportou à dor no momento actual (“Neste momento, agora, quanta dor sentes?”) enquanto que na amostra comunitária foi medido o último episódio de dor recordado pelo adolescente (“Relembra-te da última situação em que tiveste dores (...”). Por esta razão qualquer comparação relativamente ao nível de dor é meramente indicativa.

Verifica-se que a média de dor na amostra comunitária ($M=4,74$; $D.P.=2,25$) é superior à média de dor na amostra clínica ($M=2,27$; $D.P.=2,28$). Esta diferença é estatisticamente significativa, $U=260$, $p=0,000$.

O gráfico abaixo compara os valores de dor na amostra clínica e na amostra comunitária. Importante referir que na amostra clínica houve 2 jovens com níveis de dor mais elevados (9,2 e 9,6 numa escala de 0 a 10) que foram considerados como *outliers* na elaboração do gráfico.

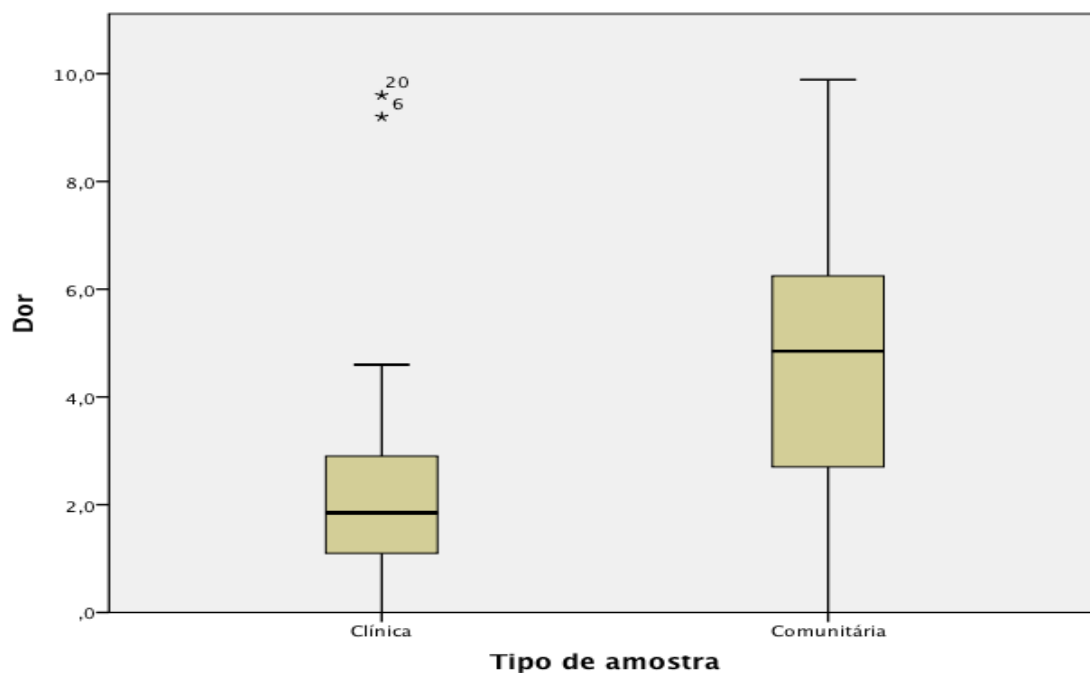


Fig. 1. Gráfico Box Plot comparativo da amostra clínica e amostra comunitária para o nível de dor

3.2.2. Estudo da catastrofização

Verificou-se que a média de catastrofização na amostra total foi de 21,36 ($D.P.=10,54$). Dado que a escala de catastrofização nos dá uma pontuação total entre 0 a 52, o valor médio encontrado no presente estudo não é elevado, embora alguns jovens tenham reportado valores

bastante elevados.

A tabela abaixo resume o valor mínimo, máximo, média e desvio padrão para a escala total e para cada uma das subescalas, na amostra total.

Tabela 4

Análise descritiva dos valores de catastrofização e subescalas para a amostra total

Catastrofização total e subescalas	Amostra Total		
	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Total	0	50	21,36 (10,54)
Ruminação	0	16	8,41 (3,34)
Magnificação	0	11	4,53 (3,05)
Desamparo	0	23	8,45 (5,18)

A média de catastrofização na amostra clínica foi ligeiramente superior ($M=23,55$, $D.P.=12,13$) à média de catastrofização da amostra comunitária ($M=20,10$, $D.P.=9,40$), mas não se verificaram diferenças significativas.

A tabela abaixo resume o valor mínimo, máximo, média e desvio padrão para a escala total e para cada uma das subescalas, na amostra clínica e comunitária.

Tabela 5

Comparação dos valores de Catastrofização e subescalas entre a amostra clínica e comunitária

Catastrofização e subescalas	Amostra Clínica			Amostra Comunitária			Diferenças $U(p)$
	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	
Total	0	50	23,55 (12,13)	0	46	20,10 (9,40)	$U=623$, $p=0,301$
Ruminação	0	16	9,1 (3,63)	0	15	8,02 (3,13)	$U=613$, $p=0,253$
Magnificação	0	11	4,9 (3,37)	0	11	4,32 (2,86)	$U=692$, $p=0,562$
Desamparo	0	23	9,6 (6,03)	0	21	7,76 (4,52)	$U=630$, $p=0,233$

3.2.3. Estudo da utilização de estratégias de *coping*

Esta escala não apresenta valor total pelo que os resultados são apresentados para cada subescala e para os factores de ordem superior.

A tabela abaixo sumariza os valores resultantes da análise descritiva para a amostra total das subescalas e factores de ordem superior.

Tabela 6

Análise descritiva das subescalas e factores de ordem superior do coping na amostra total

Coping subescalas e factores	Amostra Total		
	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Aproximação	1,00	4,26	2,79 (0,70)
Procura de informação	1,00	4,75	2,42 (0,78)
Resolução de Problemas	1,00	4,80	3,20 (0,80)
Procura de Suporte Social	1,00	4,80	2,65 (0,96)
Declarações positivas	1,00	4,20	2,82 (0,82)
Evitamento focado no Problema	1,00	4,46	2,86 (0,68)
Declarações positivas	1,00	4,20	2,82 (0,82)
Distração Comportamental	1,00	5,00	2,92 (0,85)
Distração Cognitiva	1,00	5,00	2,82 (0,84)
Evitamento focado na Emoção	1,00	4,00	1,96 (0,69)
Externalização	1,00	4,20	1,52 (0,69)
Internalização	1,00	4,80	2,39 (0,97)

A tabela mostra valores médios superiores na subescala Resolução de Problemas em comparação com as restantes subescalas. O valor médio mais baixo registou-se para o caso da subescala Externalização.

A tabela X sumariza as estatísticas descritivas para as subescalas do *coping* e factores de ordem superior, para a amostra clínica e para a amostra comunitária.

Tabela 7

Comparação dos resultados da análise descritiva do coping, subescalas e factores de ordem superior entre a amostra clínica e comunitária

Coping subescalas e factores	Amostra Clínica			Amostra Comunitária			Diferenças U (p)
	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	
Aproximação	1,00	4,26	2,68 (0,72)	1,00	4,16	2,86 (0,69)	U=622, p=0,203
Procura de informação	1,00	4,75	2,33 (0,82)	1,00	4,00	2,48 (0,75)	U=630, p=0,232
Resolução de Problemas	1,00	4,00	3,08 (0,91)	1,00	4,60	3,27 (0,72)	U=643, p=0,288
Procura de Suporte Social	1,00	4,00	2,51 (0,89)	1,00	4,80	2,74 (0,99)	U=648, p=0,310
Declarações positivas	1,00	4,20	2,76 (0,87)	1,00	4,00	2,86 (0,79)	U=693, p=0,304
Evitamento focado no Problema	1,00	3,92	2,76 (0,69)	1,00	4,16	2,92(0,67)	U=650, p=0,322
Declarações positivas	1,00	4,20	2,76 (0,87)	1,00	4,00	2,86 (0,79)	U=693, p=0,304
Distração Comportamental	1,00	5,00	2,80 (0,91)	1,00	5,00	2,99 (0,81)	U=647, p=0,304
Distração Cognitiva	1,00	4,20	2,70 (0,88)	1,00	5,00	2,90 (0,82)	U=655, p=0,346
Evitamento focado na Emoção	1,00	3,90	2,14 (0,72)	1,00	4,00	1,85 (0,65)	U=567, p=0,069
Externalização	1,00	4,20	1,50 (0,75)	1,00	4,00	1,54 (0,67)	U=649, p=0,298
Internalização	1,00	4,40	2,78 (1,00)	1,00	4,00	2,16 (0,89)	U=486, p=0,009

Pela observação dos quadros anteriores podemos observar que os adolescentes da amostra clínica e comunitária utilizam mais estratégias de Resolução de Problemas (procura de informação, foco no problema e como se pode resolver, pensar no que é necessário para resolver o problema, pensar em diferentes formas de resolver o problema, perceber o que pode ser feito na situação de dor e a procura de formas de resolver o problema até encontrar uma que resulte). As estratégias menos utilizadas pelos adolescentes das duas amostras são as de Externalização (discutir ou brigar com alguém, ficar zangado e atirar coisas, gritar).

A subescala de Internalização revelou diferenças estatisticamente significativas entre a amostra clínica e a amostra comunitária, $U= 486$, $p=0,009$, sugerindo que os adolescentes com dor crónica utilizam um maior número de estratégias relacionadas com a preocupação constante com a situação, exagero da situação, pensamento de que não há nada a fazer para que a dor pare.

As restantes subescalas não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras. Os factores de ordem superior do *coping* também não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras..

3.2.4. Escala complementar do *Coping* - Efectividade

Esta escala complementar avalia a percepção de efectividade do adolescente relativamente à forma como lidou com as suas dores.

Esta escala não contém subescalas.

Os valores médios encontrados são muito semelhantes entre as duas amostras pelo que não se encontraram diferenças significativas.

A tabela abaixo sumariza o valor mínimo, máximo, média, desvio padrão e teste de diferenças estatísticas para a amostra total, clínica e comunitária.

Tabela 8

Análise descritiva do valor de Efectividade do coping e comparação entre amostra clínica e comunitária

	Amostra total			Amostra Clínica			Amostra Comunitária			Diferenças $U(p)$
	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	
Efectividade	1	5	3,32(0,73)	2,14	4,71	3,32(0,79)	1	5	3,32 (0,70)	$U=744$, $p=0,952$

3.2.5. Escala complementar do *coping* – Controlabilidade na dor

Esta escala complementar do *coping* avalia a percepção por parte dos adolescentes de controlo sobre a situação de dor. Esta escala não contém subescalas.

A tabela abaixo resume os resultados da análise de frequências para a amostra clínica e

comunitária.

Tabela 9

Análise de frequências para cada item da escala complementar Controlabilidade e comparação entre amostra clínica e comunitária

	Amostra Clínica		Amostra Comunitária		χ^2 (p)
	Frequencia (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)	
Quantas vezes pensas que podes fazer alguma coisa para mudares as dores?					
Nunca	1	3,3	2	4	$\chi^2=2,696$ $p=0,610^*$
Quase nunca	5	16,7	4	8	
Algumas vezes	17	56,7	31	62	
Frequentemente	3	10,0	9	18	
Muito					
Frequentemente	4	13,3	4	8	
Quão difícil é para ti lidar com as dores quando estás magoado?					
Muito Fácil	1	3,3	1	2	$\chi^2=9,144$ $p=0,058^{**}$
Boa	3	10,0	14	28	
Um pouco Fácil/					
Difícil	10	33,3	23	46	
Um pouco Difícil	11	36,7	10	20	
Muito Difícil	5	16,7	2	4	
Quantas vezes achas que podes fazer alguma coisa para mudar o teu humor, quando tens dores?					
Nunca	1	3,3	1	2	$\chi^2=3,095$ $p=0,542^{**}$
Quase nunca	5	16,7	10	20	
Algumas vezes	11	36,7	23	46	
Frequentemente	10	33,3	15	30	
Muito Frequentemente	3	10,0	1	2	

*5 células (50%) esperam contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,13.

** 4 células (40%) esperam contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 0,75.

Atendendo a que se tratou cada item por si, sem se agregar numa escala, o teste de diferenças foi feito com recurso ao Qui Quadrado. O item “Quão difícil é para ti lidar com as dores quando estás magoado?” apresentou um resultado no teste Qui Quadrado próximo da

significância, $\chi^2=9,144$, $p=0,058$., ainda assim não podemos considerar que existam diferenças entre as amostras em relação à dificuldade dos adolescentes em lidar com a dor.

Chamo à atenção que os resultados do teste Qui Quadrado revelaram que existem contagens esperadas menores que 5 pelo que o teste não pode interpretado com rigor.

3.2.6. Escala complementar – Reacções Emocionais na dor

Esta escala complementar do *coping* avalia os sentimentos envolvidos na experiência de dor. Esta escala não contém subescalas.

A tabela abaixo resume os resultados da análise de frequências para a amostra clínica e comunitária.

Tabela 10

Análise de frequência em cada item da escala complementar de reacções emocionais à dor e comparação entre as amostras

	Amostra Clínica				Amostra Comunitária				χ^2 (p)
	Nada n (%)	Um pouco n(%)	Bastante n (%)	Sem dúvida n (%)	Nada n (%)	Um pouco n(%)	Bastante n (%)	Sem dúvida n (%)	
Feliz	20 (66,7)	9 (30)	1 (3,3)		39 (78)	8 (16)	1 (2)	2 (4)	$\chi^2=3,389$, $p=0,335$
Triste	3 (10)	12 (40)	7 (23,3)	8 (26,7)	4 (8)	24 (48)	9 (18)	13 (26)	$\chi^2=0,622$, $p=0,891$
Excitado	21 (70)	6 (20)	3 (10)		39 (78)	9 (18)	1 (2)	13 (26)	$\chi^2=3,200$, $p=0,338$
Zangado	4 (13,3)	15 (50)	6 (20)	5 (16,7)	8 (16)	20 (40)	18 (36)	4 (8)	$\chi^2=3,369$, $p=0,338$
Calmo/Relaxado	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)		25 (50)	22 (44)	2 (4)	1 (2)	$\chi^2=1,270$, $p=0,736$
Assustado/com medo	12 (40)	8 (26,7)	8 (26,7)	2 (6,7)	16 (32)	24 (48)	5 (10)	5 (10)	$\chi^2=5,919$, $p=0,116$
Nervoso/Preocupado	5 (16,7)	8 (26,7)	9 (30)	8 (26,7)	4 (8)	22 (44)	13 (26)	11 (22)	$\chi^2=3,035$, $p=0,386$

Atendendo a que se tratou cada item por si, sem se agregar numa escala, o teste de diferenças foi feito com recurso ao Qui Quadrado. Como se pode observar pela tabela, nenhum item revelou diferenças entre a amostra clínica e comunitária.

3.3. Análise das diferenças nas dimensões estudadas, por Género e Dor

Os resultados revelaram que as raparigas reportam níveis de dor ligeiramente mais elevados na amostra clínica ($M=2,27$, D.P.=2,28 para as raparigas e $M=1,34$ (D.P.=0,88 para

os rapazes) como na comunitária ($M=5,22$ e $D.P.=2,16$ para as raparigas e $M=4,01$, $D.P.=2,25$ no caso dos rapazes). No entanto, não se observam diferenças estatisticamente significativas (amostra clínica, $U=56$, $p=0,086$ e amostra comunitária, $U=206$, $p=0,146$).

3.3.1. Género e Catastrofização

Os resultados da análise descritiva revelaram valores ligeiramente mais altos de catastrofização para as raparigas, sendo esta diferença estatisticamente significativa para o valor total de catastrofização ($U=451$, $p=0,005$). Considerando as três subescalas, apenas se verificaram diferenças significativas para a subescala Desamparo ($U=408$, $p=0,001$), sendo que as raparigas reportam valores mais elevados nesta subescala ($M=9,72$, $D.P.=5,48$) em comparação com os rapazes ($M=6,20$, $D.P.=3,71$).

3.3.2. Género e Coping

Não se verificou diferenças estatisticamente significativas no coping em função do género para em cada subescala e para os três factores de ordem superior.

3.3.3. Género e Escalas complementares do coping

Os resultados não mostram diferenças significativas, em função do género, para a percepção de efectividade em lidar com a dor ($U=641$, $p=0,322$), para a percepção de controlo na situação de dor para o item 1 ($\chi^2=3,041$, $p=0,551$) item 2 ($\chi^2=9,521$, $p=0,049$) e item 3 ($\chi^2=2,075$, $p=0,0722$) e para as reações emocionais (ver tabela abaixo).

Tabela 11

Comparação de género em relação às reações emocionais na situação de dor

	χ^2	p
Feliz	$\chi^2=3,145$	$p=0,370$
Triste	$\chi^2=5,321$	$p=0,150$
Excitado	$\chi^2=1,821$	$p=0,610$
Zangado	$\chi^2=2,101$	$p=0,552$
Calmo/Relaxado	$\chi^2=1,487$	$p=0,685$
Assustado/com medo	$\chi^2=2,934$	$p=0,402$
Nervoso/Preocupado	$\chi^2=1,911$	$p=0,591$

3.3.4. Distribuição por Grupos de Idade Diferente

Para explorar eventuais diferenças na distribuição das variáveis em função da idade, as

amostras foram divididas em dois grupos etários: adolescentes mais novos (dos 12 aos 15 anos) e adolescentes mais velhos (dos 16 aos 18 anos)

3.3.4.1 Idade e dor

Na amostra clínica, os adolescentes mais novos reportaram em média níveis de dor de 1,64 (D.P.=1,06) enquanto os adolescentes mais velhos reportam em média 2,90 (D.P.=2,97) como nível de dor no momento, não se verificando diferenças significativas ($U=93$, $p=0,436$). Na amostra comunitária os adolescentes mais novos reportam em média 4,51 (D.P.=2,58) como nível de dor enquanto os adolescentes mais velhos indicam níveis de dor de 4,89 (D.P.=2,12) relativamente ao último episódio de dor recordado, não se verificando diferenças significativas, $U=222$, $p=0,465$.

3.3.4.2. Idade e catastrofização

Tendo em conta a amostra total os resultados mostram que adolescentes mais novos catastrofizam ligeiramente menos ($M=20,30$, D.P.= 10,07) em comparação com os adolescentes mais velhos ($M=22,17$, D.P.=11,03), sendo que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=656$, $p=0,384$) entre os grupos.

Nenhuma subescala revelou diferenças significativas em relação à idade.

3.3.4.3. Idade e estratégias de *Coping*

Os resultados mostram valores médios ligeiramente superiores nas subescalas para o grupo dos adolescentes mais velhos. As únicas excepções são a subescala Distração Comportamental, em que se observam valores médios ligeiramente superiores para o grupo dos adolescentes mais novos e a subescala Externalização que revelou valores médios idênticos para os dois grupos. Apesar destas tendências não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, excepto para a subescala Internalização em que os resultados mostraram valores médios significativamente mais elevados nos adolescentes mais velhos ($U=550$, $p=0,038$).

Tabela 12

Comparação das estratégias de coping utilizadas por idade

Amostra Total			
Coping subescalas e factores	Mais novos	Mais velhos	Diferenças <i>U</i> (p)
	Média (DP)	Média (DP)	
Aproximação	2,66 (0,74)	2,88 (0,68)	<i>U</i> =672, p=0,389
Procura de informação	2,25 (0,76)	2,53 (0,77)	<i>U</i> =622, p=0,17
Resolução de Problemas	3,08 (0,84)	3,29 (0,78)	<i>U</i> =663, p=0,34
Procura de Suporte Social	2,55 (0,96)	2,73 (0,97)	<i>U</i> =704, p=0,584
Declarações positivas	2,69 (0,80)	2,93 (0,83)	<i>U</i> =623, p=0,176
Evitamento focado no Problema	2,82 (0,63)	2,89 (0,72)	<i>U</i> =687, p=0,474
Declarações positivas	2,69 (0,80)	2,93 (0,83)	<i>U</i> =623, p=0,176
Distração Comportamental	2,96 (0,85)	2,88 (0,86)	<i>U</i> =745, p=0,893
Distração Cognitiva	2,8 (0,82)	2,85 (0,88)	<i>U</i> =704, p=0,586
Evitamento focado na Emoção	1,81 (0,67)	2,05 (0,69)	<i>U</i> =596, p=0,105
Externalização	1,51 (0,74)	1,51 (0,66)	<i>U</i> =733, p=0,792
Internalização	2,12 (0,89)	2,58 (1,01)	<i>U</i> =550, p=0,038

3.3.4.4. Idade e efectividade no coping, controlabilidade na dor e reações emocionais na experiencia de dor

Os resultados não mostram diferenças significativas entre os dois grupos etários na percepção de efectividade em lidar com a dor, *U*=698, p=0,542.

Também não houve diferenças significativas em relação à percepção de controlo na situação de dor para o item 1 ($\chi^2=2,296$, p=0,681) nem para o item 2 ($\chi^2=3,221$, p=0,521) nem para o item 3 ($\chi^2=4,524$, p=0,340) comparando os adolescentes mais novos e mais velhos.

Em relação à escala complementar de reações emocionais não se verificaram diferenças significativas de sentimentos experienciados durante a situação de dor em função da idade (ver tabela abaixo).

Tabela 13

Comparação entre adolescentes mais novos e mais velhos em relação às reações emocionais na experiência de dor

	χ^2	p
Feliz	$\chi^2=2,605$	p=0,457
Triste	$\chi^2=4,928$	p=0,177
Excitado	$\chi^2=0,836$	p=0,841
Zangado	$\chi^2=1,691$	p=0,639
Calmo/Relaxado	$\chi^2=3,460$	p=0,326
Assustado/com medo	$\chi^2=0,860$	p=0,835
Nervoso/Preocupado	$\chi^2=0,985$	p=0,805

3.4. Estudos da associação

3.4.1. Associação entre os níveis de dor e catastrofização

Os resultados mostraram existir uma correlação positiva entre o valor da escala total da catastrofização e subescala Desamparo e os níveis de dor reportados, na amostra clínica. Na amostra comunitária verificou-se correlação positiva entre o valor da escala total e das três subescalas e os níveis de dor reportados. Na amostra comunitária, a correlações entre a escala total e o nível de dor foi mais elevada do que a encontrada na amostra clínica.

Tabela 14

Correlações entre a catastrofização e o nível de dor, para amostra clínica e comunitária

	Amostra Clínica	Amostra comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)
Catastrofização total	0,370*	0,458**
Ruminação	0,340	0,303*
Magnificação	0,340	0,355*
Desamparo	0,379*	0,451**

*p < 0,05

**p < 0,01

3.4.2. Associação entre dor e coping

Na amostra clínica o nível de dor não mostrou estar associados às subescalas do coping

nem aos factores de ordem superior.

Na amostra comunitária observou-se uma correlação negativa entre a distração comportamental e o nível de dor reportado e entre a distração cognitiva e o nível de dor reportado.

A tabela abaixo resume as correlações encontradas entre o nível de dor e as estratégias utilizadas pelos adolescentes, tanto na amostra clínica como na comunitária.

Tabela 15

Correlações entre as estratégias de coping e o nível de dor, para amostra clínica e comunitária

Coping subescalas e factores	Amostra clínica	Amostra Comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)
Total	0,172	—0,107
Aproximação	0,284	0,025
Procura de informação	0,246	—0,005
Resolução de Problemas	0,225	0,025
Procura de Suporte Social	0,294	—0,045
Declarações positivas	0,251	0,125
Evitamento focado no P	—0,069	—0,271
Declarações positivas	0,251	0,125
Distração Comportamental	0,018	—0,383**
Distração Cognitiva	—0,221	—0,320*
Evitamento focado na E	0,171	0,155
Externalização	0,126	0,031
Internalização	0,229	0,226

*p <0,05

**p <0,01

3.4.3. Associação entre a dor e as escalas complementares do coping

O estudo da correlação entre a percepção de efectividade dos adolescentes e o nível de dor não revelou a existência de correlação entre as variáveis.

Tabela 16

Correlações entre a percepção de efectividade e o valor de dor, na amostra clínica e comunitária

	Amostra clínica	Amostra Comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)
Efectividade	—0,235	—0,072

O estudo de correlações entre a percepção de controlo na situação de dor e o nível de dor reportado pelos adolescentes não revelou existir correlação entre estas variáveis.

Tabela 17

Correlações entre a percepção de controlo na situação de dor e o valor de dor, na amostra clínica e comunitária

	Amostra clínica	Amostra Comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)
Controlabilidade		
Pensas que podes fazer alguma coisa para mudar as dores?	—0,081	0,011
Quão difícil é para ti lidar com as dores quando estás magoado?	0,306	0,169
Achas que podes fazer alguma coisa para mudar o teu humor quando tens dores?	0,003	0,146

O estudo de correlações entre as emoções experienciadas na situação de dor e o nível de dor reportado pelos adolescentes revelou existir uma correlação positiva entre a emoção experienciada de susto/medo e o nível de dor.

Tabela 18

Correlações entre as emoções experienciadas na situação de dor e o nível de dor, na amostra clínica e comunitária

	Amostra clínica	Amostra Comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)
Reacções emocionais		
Feliz	0,034	—0,214
Triste	0,201	0,173
Excitado	0,202	0,105
Zangado	0,235	0,169
Calmo/Relaxado	—0,051	—0,119
Assustado/Com medo	0,355	0,351*
Nervoso/Preocupado	0,178	0,178

*p < 0,05

3.4.4. Associação entre as estratégias de *coping* e catastrofização

O estudo das correlações entre as estratégias de *coping* e a catastrofização indicou a existência de correlações positivas entre as variáveis. A subescala de internalização do *coping* revelou ser a subescala com correlações mais fortes com as subescalas da catastrofização e com o valor total da catastrofização. As subescalas que evidenciaram uma correlação mais forte são a subescala internalização do *coping* com a subescala desamparo da catastrofização.

A tabela abaixo sumariza as correlações encontradas entre as estratégias de *coping* utilizadas e o valor de catastrofização, para a amostra clínica e comunitária.

Tabela 19

Correlações entre as estratégias de coping utilizadas e a catastrofização, na amostra clínica e comunitária

Coping subescalas e factores	Amostra Clínica				Amostra Comunitária			
	Catastrofização (rs)	Ruminação (rs)	Mgnificação (rs)	Desamparo (rs)	Catastrofização (rs)	Ruminação (rs)	Mgnificação (rs)	Desamparo (rs)
<i>Coping</i> total	0,433*	0,452*	0,354	0,420*	0,225	0,26	0,223	0,117
Aproximação	0,497**	0,314	0,307	0,347	0,25	0,139	0,292*	0,187
Procura de informação	0,564**	0,556**	0,496**	0,499**	0,316*	0,276	0,311*	0,247
Resolução de Problemas	0,558**	0,669**	0,415*	0,516**	0,229	0,169	0,239	0,173
Procura de Suporte Social	0,263	0,356	0,155	0,261	0,333*	0,155	0,321*	0,295*
Declarações positivas	0,359	0,247	0,431*	0,35	0,092	0,076	0,266	—0,030
Evitamento focado no Problema	—0,230	—0,120	—0,005	0,044	—0,166	—0,077	—0,054	—0,232
Declarações positivas	0,359	0,247	0,431*	0,35	0,092	0,076	0,266	—0,030
Distração Comportamental	—0,231	—0,119	—0,327	—0,175	—0,215	—0,093	—0,188	—0,244
Distração Cognitiva	—0,328	—0,369*	—0,269	—0,305	—0,201	—0,186	—0,091	—0,205
Evitamento focado na Emoção	0,585**	—0,003	0,244	0,138	0,627**	0,684**	0,486**	0,496**
Externalização	0,052	0,053	0,087	0,108	0,292*	0,381*	0,157	0,251
Internalização	0,712**	0,608**	0,661**	0,727**	0,672**	0,703**	0,574**	0,520**

*p <0,05

**p<0,01

3.4.5. Correlação entre as respostas dos jovens e pais relativamente às estratégias de *coping*

Somente os pais dos adolescentes da amostra clínica preencheram o questionário PCQ versão pais.

Os resultados relativos às correlações entre as respostas dos pais e adolescentes

relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes mostram correlação positiva na subescala Declarações positivas ($rs=0,446$, $p=0,022$) e Externalização ($rs=0,594$, $p=0,001$)

No caso do factor de ordem superior Aproximação revelou valores de associação próximos da significância ($rs=0,373$, $p=0,060$)

A tabela seguinte resume a média de respostas dadas pelos pais e pelos filhos em relação às subescalas do *coping* e factores de ordem superior bem como o estudo das correlações encontradas.

Tabela 20

Correlações entre as respostas dos pais e adolescentes relativamente aos factores de ordem superior e subescalas do coping

Coping subescalas e factores	Respostas jovens	Respostas pais	<i>rs</i>	<i>p</i>
	Média(Desvio Padrão)	Média(Desvio Padrão)		
Aproximação	2,74 (0,75)	2,94 (0,64)	0,373	$p=0,060$
Evitamento focado no Problema	2,81 (0,65)	2,81 (0,45)	—0,093	$p=0,651$
Evitamento focado na Emoção	2,06 (0,71)	2,41 (0,76)	0,345	$p=0,084$
Procura de informação	2,40 (0,85)	2,81 (0,79)	0,263	$p=0,195$
Resolução de Problemas	3,08 (0,95)	3,23 (0,72)	0,240	$p=0,230$
Procura de Suporte Social	2,61 (0,89)	2,82 (0,77)	0,190	$p=0,353$
Declarações Positivas	2,82 (0,88)	2,88 (0,72)	0,446	$p=0,022$ *
Distração Comportamental	2,88 (0,88)	3,00 (0,72)	0,130	$p=0,527$
Distração Cognitiva	2,73 (0,80)	2,56 (0,52)	0,029	$p=0,887$
Externalização	1,45 (0,76)	1,89 (0,92)	0,594	$p=0,001$ **
Internalização	2,66 (1,00)	2,94 (0,90)	0,310	$p=0,124$

IV. Discussão

A presente investigação teve como primeiro objectivo o de caracterizar os níveis de dor auto reportada, valores de Catastrofização e as estratégias de *coping* utilizadas por um grupo de jovens entre os 12 e os 18 anos, com dor crónica acompanhados numa consulta de reumatologia e um grupo de jovens comunitários. Como segundo objectivo explorar a existência de associações entre estas dimensões.

Um objetivo complementar foi a realização de estudos psicométricos preliminares das escalas e a comparação das variáveis clínicas e os dados sociodemográficos.

Por uma questão de organização serão discutidos primeiro os resultados dos estudos relativos aos instrumentos e posteriormente serão discutidos os resultados relacionados com os objectivos específicos da investigação.

4.1. Estudo dos instrumentos

Nesta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: Pain Catastrophizing Scale (PCS); Pain Coping Questionnaire (PCQ) e escalares complementares do *coping*, Efectividade, Controlabilidade e Reacções emocionais na Dor, que ainda não tinham sido estudados com populações portuguesas.

A escala PCS revelou bons níveis de consistência interna para a escala total e subescalas, semelhantes aos encontrados pelos autores da versão original a (Crombez et al., 2003). Apesar de não ter sido possível realizar estudos psicométricos mais completos, os indicadores obtidos vão no sentido de apoiar a continuação destes estudos para utilização em investigações futuras.

O mesmo se verificou em relação ao PCQ, tendo a análise da consistência interna mostrado bons resultados para a escala completa, subescalas e factores de ordem superior, semelhantes aos encontrados pelos autores da versão original (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998). Os resultados desta escala na sua versão para pais revelaram também bons níveis de consistência interna das subescalas e factores de ordem superior, à excepção da subescala Distração Cognitiva, que revelou níveis baixos de consistência interna. Os autores desta escala encontraram níveis semelhantes de consistência interna, exceptuando para o caso da subescala de Distração Cognitiva, em que o nível encontrado foi superior (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998). Também neste caso serão necessários estudos psicométricos mais alargados e com uma amostra maior, para confirmar a sua adequação.

Por último, foi estudada a consistência interna das escalas complementares do *coping*, sendo que a escala complementar de Efectividade relevou um nível de consistência interna bom, ao contrário da escala complementar Reacções Emocionais à Dor onde o nível de consistência interna encontrado foi baixo, embora deva ser tido em conta o número reduzido de itens. O mesmo acontece para a escala complementar Controlabilidade onde o nível de consistência interna foi também ele baixo. A utilidade e adequação destas escalas suplementares exige estudos mais aprofundados e com amostras mais alargadas.

4.2. Objectivo 1 - Caracterização dos níveis de dor auto reportada, valores de catastrofização e as estratégias de *coping*

4.2.1. Caracterização dos níveis de dor auto reportada

Na análise dos resultados obtidos neste estudo, deve ser tido em conta que o nível de dor medido nas duas amostras reportou a momentos diferentes: na amostra clínica foi medido o nível de dor no momento, seguindo o protocolo habitual na consulta de reumatologia, enquanto que na amostra comunitária o nível de dor reportou ao último episódio de dor experienciada pelo adolescente.

O nível de dor tanto na amostra clínica como na amostra comunitária mostrou estar abaixo do valor médio. Ainda assim verificou-se uma diferença significativa entre as duas amostras. Esta diferença poderá dever-se ao facto de o nível de dor medido ser diferente nas duas amostras, bem como o facto de a amostra clínica estar medicada com analgésicos (existem 6 adolescentes que não se encontravam medicados no momento da avaliação, sendo que 2 deles indicaram nível de dor 0, e os restante 4 indicaram níveis de dor entre 1,6 e 3,8, indicando assim que a não medicação parece ser adequada). No entanto, dos jovens medicados, dois deles reportaram níveis bastante elevados de dor (9,2 e 9,6), o que parece indicar que para alguns jovens com doença crónica a medicação não parece estar a ser suficiente para um efetivo controlo da dor e que a abordagem psicológica poderá ser uma solução complementar.

Os adolescentes da amostra comunitária reportaram episódios de dor, nalguns casos média a elevada, o que vai de encontro aos dados encontrados na literatura relativamente à prevalência de dor na população pediátrica (Holm, Ljungman, & Söderlung, 2012; Palermo, 2000). Ainda no caso da amostra comunitária, foram encontrados 6 adolescentes com níveis de dor igual ou superior a 8, o que suporta a ideia da existência de adolescentes com dores

severas na população pediátrica (Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006; Mahrer, Montaña, & Gold, 2012). Este dado é relevante dado que a dor não controlada pode persistir por vários anos (Kashikar- Zuck et al., 2010) aumentando o risco de o adolescente vir a desenvolver um problema de dor crónica que se perpetua na idade adulta (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012). A dor crónica mal controlada em adolescentes pode ainda levar a distúrbios psicológicos e psiquiátricos na idade adulta (Fearon & Hotopf, 2001; Jones et al., 2007)

No presente estudo encontraram-se ainda diferenças no nível de dor relativamente ao género, sendo que as raparigas reportam níveis de dor mais elevados, confirmando resultados de outras investigações (Haraldstad et al., 2001; Huguet & Miro, 2008; Perquin et al., 2000).

Também na literatura encontramos estudos que apontam para diferenças na prevalência de dor em idades diferentes, sendo que jovens mais velhos reportam níveis de dor mais elevados (Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008). No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os jovens mais novos e os mais velhos, embora os níveis de dor sejam ligeiramente superiores no caso dos jovens mais velhos.

4.2.2. Caracterização dos valores de catastrofização

Considerando os valores máximo e mínimo possíveis, os valores de catastrofização indicados pelos adolescentes da amostra total não foram elevados.

O estudo original de validação do PCS (Crombez et al., 2003) utilizou duas amostras: clínica e comunitária. Na nossa amostra comunitária encontraram-se valores ligeiramente mais elevados do que os encontrados na amostra comunitária do estudo de validação, tanto para o valor da escala total como para as subescalas. O mesmo se verificou para a amostra clínica, os valores da escala total do presente estudo mostraram ser ligeiramente superiores aos valores encontrados no estudo original com uma população pediátrica com dores recorrentes. Para esta amostra de crianças e adolescentes com dores recorrentes os autores não apresentam os valores relativos às subescalas.

Considerando as duas amostras do presente estudo, não se verificaram diferenças significativas entre a amostra clínica e comunitária relativamente ao valor de catastrofização.

A subescala Ruminação é a subescala com valores relativamente mais elevados (tendo em conta que esta subescala contém um menor número de itens em comparação com a

Magnificação e Desamparo), nas duas amostras. Esta tendência para valores relativamente mais elevados na subescala Ruminação foi também encontrada pelos autores do estudo original de validação do questionário (Crombez et al., 2003).

Skinner e Zimmer-Gembeck (2011) apontam que este valor mais elevado de ruminação pode dever-se ao facto de os adolescentes terem uma maior consciência das suas próprias emoções em comparação com crianças mais novas, o que pode levar a pensamentos negativos sobre si e sobre a situação e a pensamentos circulares (Jones et al., 2003). Para Sullivan et al. (1995) são estes pensamentos negativos e circulares sobre a situação de dor que caracterizam a ruminação.

4.2.3. Caracterização da utilização de estratégias de *coping*

No presente estudo, verifica-se que as estratégias de coping utilizadas pelos adolescentes da amostra clínica são semelhantes aos encontrados no estudo original de validação do PCQ (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998) com crianças e adolescentes com dores recorrentes.

Tanto na amostra clínica como na comunitária, os jovens utilizam um maior número de estratégias de resolução de problemas, tais como o foco no problema e a resolução de problemas, a procura de informação, pensar em diferentes formas de resolver o problema. Skinner e Zimmer-Gembeck, (2011) afirmam que a tentativa de mudança da situação stressante começa logo que a criança ganha controlo motor mas que é só na adolescência que as estratégias de resolução de problemas mais sofisticadas emergem. Dado que o intervalo de idades das amostras clínica e comunitária foi entre os 12 e os 18 anos podemos concluir que os resultados encontrados vão de encontro ao esperado.

A preferência pelo *coping* activo (que envolve estratégias de resolução de problemas) com a dor tem sido associada a desfechos mais positivos em comparação com outras estratégias (Brown & Nicassio, 1987; Smith & Lazarus, 1997).

Por outro lado, a subescala Externalização mostrou resultados mais baixos em comparação com as restantes subescalas, nomeadamente na amostra clínica. Este resultado vai de encontro aos resultados do estudo original (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998), o que parece indicar que as estratégias de *coping* menos utilizadas pelos adolescentes são aquelas que envolvem discutir, brigar com alguém, ficar zangado, atirar coisas ou gritar.

Os resultados mostraram não haver diferenças significativas de género ou idade na utilização das estratégias de *coping*.

Tendo em consideração os trabalhos de Skinner, seria de esperar diferenças na utilização das estratégias de *coping* dependendo da idade (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Na verdade, o presente estudo mostra uma tendência para valores relativamente superiores nas subescalas do *coping* em adolescentes mais velhos, à excepção da subescala Distração Comportamental. O facto de a Distração Comportamental ter sido a única subescala a indicar uma tendência para valores ligeiramente superiores nos adolescentes mais novos está de acordo com a literatura que indica que as crianças e adolescentes mais novos escolhem estratégias distrativas comportamentais, em comparação com os adolescentes mais velhos que adquirem a capacidade de escolher estratégias distrativas mais comportamentais ou cognitivas consoante a situação (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011).

No caso da subescala Procura de Suporte Social, também se verifica uma tendência para resultados ligeiramente superiores nos adolescentes mais velhos o que vai ao encontro dos resultados encontrados por outros autores, que indicam que o adolescente opta mais vezes pelo suporte emocional dos pares em relação às crianças e adolescentes mais novos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Na avaliação secundária (Lazarus & Folkman, 1984) o adolescente avalia os seus recursos, de onde o sistema de suporte social faz também parte.

Na subescala Declarações Positivas a tendência para resultados ligeiramente superiores nos adolescentes mais velhos sugere que estratégias mais sofisticadas emergem na adolescência, como a auto-verbalização e auto-confiança (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Podemos especular que no caso da amostra ser maior estes resultados poderiam ser mais expressivos.

4.3. Objectivo 2 - Estudo de associações entre as dimensões

4.3.1. Dor e catastrofização

Os resultados mostraram existir uma correlação positiva entre o valor da escala total da catastrofização e subescala Desamparo e os níveis de dor reportados, na amostra clínica.

Na amostra comunitária verificou-se correlação positiva entre o valor da escala total e das três subescalas e os níveis de dor reportados.

Na amostra comunitária, a correlação entre a escala total e o nível de dor foi mais elevada

do que a encontrada na amostra clínica. Estes resultados indicam que quanto maior é o nível de dor reportado, mais os adolescentes catastrofizam, o que está de acordo com os resultados encontrados por vários autores (Crombez et al., 2003; Keefe et al., 1987; Martin et al., 1996).

Alguns estudos apontam para uma associação entre a catastrofização e menor tolerância à dor (Piira, Taplin, Goodenough, & Von Baeyer, 2002). Eccleston et al. (2004) mencionam ainda a catastrofização como um preditor das dores experienciadas e do stress emocional no adolescente (Eccleston et al., 2004), o que pode ser uma explicação para o caso do adolescente que reportou nível de dor 9,2 e obteve um valor total de catastrofização 50, ou seja, bastante elevado.

Temos por outro lado que as experiências de dor desempenham um papel fundamental na manifestação de pensamentos do tipo catastrófico (Sullivan et al., 2004). Podemos colocar a hipótese de que, apesar de no momento os jovens reportarem níveis de dor baixo, a experiência de dores vivenciadas anteriormente manifesta-se em valores mais altos de catastrofização, na amostra clínica.

Na amostra clínica, onde o nível médio de dor reportada foi inferior à amostra comunitária, os adolescentes catastrofizam mais. Este dado permite-nos levantar a hipótese de que na amostra clínica os adolescentes estão mais hipervigilantes aos sintomas corporais (pelo facto de terem uma doença crónica) e estes são interpretados como dolorosos e patológicos (Watson & Pennebaker, 1989). A situação é assim percebida pelo adolescente de forma distorcida, o que origina pensamentos de impotência e desespero, que levam a que este não consiga imaginar um desfecho positivo para a situação (Beck & Knapp, 2008).

4.3.2. Dor e *coping*

Os resultados mostraram que, na amostra clínica, não existe correlação entre os níveis de dor e as estratégias de *coping* utilizadas. Segundo a revisão de literatura, a dor crónica pode ser entendida como uma condição ameaçadora geradora de stress, que exige ao adolescente um esforço de confronto (Sheridan & Radmacher, 1991). A associação entre as dores do adolescente e os stressores físicos e psicológicos é afectada pela forma como o adolescente confronta a situação (Petrie & Moss-Morris, 2007; Walker, 1999). Seria então de esperar que, na amostra clínica, se verificasse uma correlação entre o nível de dor e as estratégias de *coping* utilizadas. O facto de não ter sido encontrada correlação pode dever-se ao facto de a

amostra ser muito pequena e os adolescentes terem a sua dor controlada, pelos que existe pouca variação nos níveis de dor reportada.

Na amostra comunitária encontrou-se correlação negativa entre a dor e as subescalas distração comportamental e distração cognitiva. Estes resultados indicam que quanto maior é o nível de dor menor a utilização de estratégias distractoras. Uma hipótese para este facto é que quando a dor é mais intensa os adolescentes fazem julgamentos sobre a situação e classificam-na como ameaçadora e incontrolável (Lazarus & Cohen, 1977), envolvendo-se mais em estratégias que pretendem alterar os pensamentos e emoções e menos em estratégias focadas no problema, mais adequadas quando a situação pode ser modificada (Folkman & Lazarus, 1984).

4.3.3. Respostas dos pais e dos adolescentes em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelo adolescente

Os resultados relativos às correlações entre as respostas dos pais e adolescentes relativamente aos factores de ordem superior revelaram uma associação mais alta e próxima da significância para o factor Aproximação mas não para os outros dois factores. Num estudo com crianças sujeitas a cirurgia, os resultados revelaram associação entre as respostas das crianças e dos pais relativamente aos três factores (Reid, Chambers, & McGrath, Finley, 1997).

Os resultados mostram uma correlação positiva na subescala Declarações positivas e Externalização. A correlação positiva na subescala Externalização está de acordo com os resultados encontrados pelos autores do estudo original com uma amostra clínica (Reid, Chambers, & McGrath, Finley, 1997; Reid, Gilbert, & McGrath, 1998), sendo esta correlação bastante significativa.

O estudo original teve como amostra crianças e adolescentes entre os 8 e os 17 anos. No presente estudo a nossa amostra foi composta apenas por adolescentes. O facto de na adolescência os jovens procurarem maior autonomia, independência e procura de apoio nos pares, pode levar a que seja difícil para os pais aceder aos pensamentos e comportamentos do jovem. Esta informação pode justificar o facto de haver apenas duas correlações positivas no presente estudo, sendo esperado, tendo em conta outros estudos, mais correlações significativas (Reid, Chambers, & McGrath, Finley, 1997; Reid, Gilbert, & McGrath, 1998).

Por outro lado e como já referido anteriormente, o questionário PCQ versão pais foi apenas preenchido pelos pais dos adolescentes da amostra clínica, pelo que a amostra é muito pequena para que possamos retirar conclusões.

4.3.4. Catastrofização e coping

O estudo de correlações indicou correlações positivas entre as estratégias de coping e catastrofização, tanto na amostra clínica como na amostra comunitária.

As correlações foram mais expressivas no caso da amostra clínica, provavelmente porque o valor de catastrofização encontrado nesta amostra foi também ele superior.

As subescalas Procura de Informação e Resolução de Problemas correlacionam-se com as 3 subescalas da catastrofização. A correlação mais forte encontrada mostrou ser entre as subescalas Procura de Informação e Resolução de Problemas e a subescala Ruminação, na amostra clínica. Estes resultados parecem indicar que os adolescentes que ruminam mais, ou seja, que se focam mais na sua dor, são aqueles que mais procuram estratégias activas de confronto com a dor. No entanto, este resultado não está de acordo com alguns estudos, que apontam no sentido da catastrofização estar associada a estratégias de *coping* menos eficientes (Branson & Craig, 1988; Brown et al. 1986). Será importante confirmar se esta relação se mantém em estudos futuros.

Por outro lado, foi encontrada correlação negativa entre a subescala Distração Cognitiva do *coping* e a subescala Ruminação da catastrofização, na amostra clínica. Estes resultados sugerem que os adolescentes mais focados na sua dor tendem a utilizar menos estratégias cognitivas como pensar noutra coisa ou ignorar a situação e deteriora a capacidade do adolescente para utilizar estratégias de *coping* eficazes no confronto com a dor (Claar et al., 2008).

A subescala Internalização revelou correlações positivas fortes com todas as subescalas da catastrofização, tanto na amostra clínica como na amostra comunitária. Os itens destas subescala são semelhantes a alguns itens do questionário PCS, como por exemplo: “Penso que a dor nunca irá parar”, “Continuo a pensar no quanto a dor magoa”, “Penso que nada ajuda”, pelo que as correlações positivas encontradas são expectáveis. Perante este facto podemos colocar a hipótese de esta subescala Internalização ser semelhante e medir um conceito próximo do que é medido pela a escala total de catastrofização. Na verdade alguns autores conceptualizam a catastrofização como sendo uma estratégia de *coping* (Keefe et al., 1997;

Reid, 1998; Rosenstiel & Keefe, 1983; Walker et al., 1997). No nosso estudo os resultados das correlações não nos permitem concluir que a catastrofização possa ser uma estratégia de *coping*, dado que as correlações encontradas entre a Internalização e as subescalas da catastrofização não foram muito altas, mas sim que são dimensões bastante próximas.

V. Conclusão e considerações finais

A presente investigação teve como objectivos principais o estudo das variáveis dor, catastrofização e *coping* e explorar a existências de associação entre estas variáveis.

Assim é importante destacar que a catastrofização teve um valor superior na amostra clínica em relação à amostra comunitária, apesar de a média do nível de dor reportada ter sido superior na amostra comunitária. A nível de estratégias de *coping* os resultados revelaram que a amostra clínica e comunitária utilizam, em média, um número semelhante de estratégias de *coping*. O estudo das associações revelou que quanto maior o nível de dor, maior a catastrofização. Um resultado relevante foi a associação entre as subescalas do *coping* e a catastrofização e suas subescalas. A subescala Internalização do *coping* foi a que revelou resultados mais expressivos no que concerne à correlação com a catastrofização.

Este estudo teve como principais limitações o facto de a amostra ter sido pequena, nomeadamente a amostra clínica, o que apenas permitiu efectuar estudos preliminares dos questionários. Temos ainda que os questionários utilizados ainda não foram estudados na população portuguesa.

Por outro lado, o nível de dor medido nas duas amostras não foi idêntico o que não permite retirar conclusões sendo que os resultados são meramente indicativos. Em relação às variáveis sociodemográficas os dados recolhidos permitem pouca caracterização, pelo que teria sido enriquecedor um levantamento mais aprofundado deste tipo de variáveis da amostra.

Sabemos que tanto a catastrofização como as estratégias de *coping* influenciam efeitos a longo-prazo em vários comportamentos relacionados com a saúde, como adesão ao tratamentos e medicação. Desta forma, este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão dos fenómenos envolvidos em adolescentes com dor crónica e desta forma orientar os profissionais de saúde na sua intervenção junto desta população.

Referências Bibliográficas

Asmundson, G. J. G., Wright, K. D., & Hadjistavro-Polous, H. D. (2000). Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions: state of the art and future directions. *Scandinavian*, 29, 100-117.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: The American Library.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.

Beck, A. T., & Knapp, P. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54-64.

Bennett, S. M., Chambers, C. T., Bellows, D., Court, C. A., Huntsman, E., & Montgomery, C., (2000). Evaluating treatment outcome in an interdisciplinary pediatric pain service. *Pain Research and Management*, 5, 169-172.

Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.

Carter, B. D., Kronenberger, W. G., Threlkeld, B., & Townsend, A. (2013). The children's health & illness recovery program (CHIRP): feasibility and preliminary efficacy in a clinical sample of adolescents with chronic pain and fatigue. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2, 184-195.

Clark, D. (1999). "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine*, 49, 727–736.

Carter, B. D., Kronenberger, W. G., Threlkeld, B., & Townsend, A. (2013). The children's health & illness recovery program (CHIRP): feasibility and preliminary efficacy in a clinical sample of adolescents with chronic pain and fatigue. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2, 184-195.

Cole, P. M., Martin, S.E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.

Compas, B. E., Connor, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In B.H., Gottlieb (ed.). *Coping with chronic stress* (pp. 105-130). New York: Plenum.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*, 87-127.

Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G. Goubert, L. & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain, 104*, 639-646.

Dhanani, S., Quenneville, J., Perron, M., Abdoell, M., & Feldman, M. (2002). Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. *Arthritis Care & Research, 47*, 501-505.

Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin, 125*, 356-366.

Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain, 108*, 221-229.

Eccleston, C., Jordan, A. L., & Crombez, G. (2006). The impact of chronic pain on adolescents: a review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology, 7*, 684-697.

Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheumatoid, 55*, 325-32.

Fearon, P., & Hotopf, M. (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: National birth cohort study. *British Medical Journal*, 322, 1145.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personal and Social Psychology*, 46, 839-52.

Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice* (pp. 211-236). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Eccleston, C., Bruce, E., & Carter, B. (2006). Chronic pain in children and adolescents. *Paediatric Nursing*, 18, 30-33.

Gold, J. I., Mahrer, N. E., Yee, J., & Palermo, T. M. (2009). Pain, fatigue and health-related quality of life in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 25, 407-412.

Gold, J. I., Yetwin, A. K., Mahrer, N. E., Carson, M. C., Griffin, A., Palmer, S. N., & Joseph, M. H. (2009). Pediatric chronic pain and health-related quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 141-150.

Haraldstad K, Sorum R, Eide H, Natvig GK, & Helseth S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal Caring Science*, 25, 27–36.

Hermann, C., Hohmeister, J., Zohsel, K., Tuttas, M. L., & Flor, H. (2008). The impact of chronic pain in children and adolescents: development and initial validation of a child and parent version of the Pain Experience Questionnaire. *Pain*, 135, 251-261.

Holm. S., Ljungman, G., & Söderlund, A. (2012). Pain in children and adolescents in primary care; chronic and recurrent pain is common. *Acta pediátrica*, 101, 1246-1252.

Holodynski, M., Friedlmeier, W. (2006) *Development of emotions and emotion regulation*. New York: Springer.

Huguet, A., & Miro, J. (2008). The severity of chronic paediatric pain: an epidemiological study. *Journal of Pain*, 9, 226-236.

Huguet, A., Eccleston, C., Miro, J., & Gauntlett-Gilbert, J. (2009). Young people making sense of pain: cognitive appraisal function and pain in 8-16 year old children. *European Journal Pain*, 13, 751-9.

International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle: IASP.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Johnson, B., & Christensen, L. (2012). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. SAGE.

Jones, J. F., Nisenbaum, R., Solomon, L., Reyes, M., & Reeves, W. C. (2003). Chronic fatigue syndrome and other fatiguing illnesses in adolescents: a population-based study. *Journal of Adolescent Health*, 35, 34-40.

Johnson, B., & Christensen, L. (2012). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. SAGE.

Jones, J. F., Nisenbaum, R., Solomon, L., Reyes, M., & Reeves, W. C. (2003). Chronic fatigue syndrome and other fatiguing illnesses in adolescents: a population-based study. *Journal of Adolescent Health*, 35, 34-40.

Kaczynski, K. J., Simons, L. E., & Claar, R. L. (2011). Anxiety, coping, and disability: a test of mediation in a pediatric chronic pain sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 932-941.

Kashikar- Zuck, S., Parkins, I. S., Graham, T. B., Lynch, A. M., Passo, M., Johnston, M., & Richards, M. M. (2008). Anxiety, mood, and behavioural disorders among pediatric patients with juvenile fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 24, 620-626.

Keefe, F. J., Kashikar, Z.S., Robinson, E., Salley, A., Beaupre, P., Caldwell, D., Baucom, D., & Haythornthwaite, J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain*, 73, 191-199.

Knook, L. E., Konijnenber, A. Y., van der Hoeven, J., Kimpfen, J. L., Buitelaar, J. K., van Engeland, H., & de Graeff-Meeder, E. R. (2011). Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: What is the prevalence and clinical relevancy?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 39-48.

Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.

Larsson, B., & Sund, A. M. (2007). Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *European Journal of Pain*, 11, 57-65.

Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. *Human Behaviour and Environment*, 2, 89-127.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leo, R. J., Srinivasan, S. P., & Parekh, S. (2010). The role of the mental health practitioner in the assessment and treatment of child and adolescent chronic pain. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 2-8.

Lien, L., Green, K., & Thoresen, M. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Children Adolescence Psychiatry*, 20, 509-516.

Martin, M. Y., Bradley, L. A., Alexander, R. W., Alarcon, G. S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., & Alberts, K. R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68, 45-53.

McGrath, P. A. (1990). *Pain in children: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The challenge of pain*. New York: Basic Books

Mahrer, N. E., Montaña, Z., & Gold, J. I. (2012). Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 808-816.

- Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J., & Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 737-744
- Muris, P., Meesters, C., Hout, A., Wessels, S., Franken, I. H. A., & Rassin, E. G. C. (2007). Personality and temperament correlates of pain catastrophizing in young adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 38, 171-181.
- Pakalnis, A., Butz, C., Splaingard, D., Kring, D., & Fong, J. (2007). Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache. *Journal of Child Neurology*, 22, 1356-1359.
- Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Developmental and Behavioural pediatrics*, 21(1), 58-69.
- Palermo, T. M., & Chambers, C. T. (2005). Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. *Pain*, 119, 1-4.
- Palermo, T. M., Wilson, A. C., Peters, M., Lewendowski, A., & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an internet delivery family cognitive-behavioural therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146, 205-213.
- Piira, T., Taplin, J. E., Goodenough, B., & von Baeyer, C. L. (2002). Cognitive- behavioural predictors of children's tolerance of a laboratory-induced pain: Implications for clinical assessment and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 571-584
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000a). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87, 51-8.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000b). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *Clinical Journal Pain*, 16, 229-35.
- Petrie, K., & Moss-Morris, R. (2003). Experimental evidence for interpretive but not attention biases towards somatic information in patients with chronic fatigue syndrome. *British Journal*

of Health Psychology, 8, 195-208.

Reid, G. J., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1998). Coping with pain and surgery: Children's and parents' perspectives. *International Journal of Behavioural Medicine*, 4, 339-363.

Reid, G. J., Gilbert, C. A., & McGrath, P. J. (1998). The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain*, 76, 83-96.

Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Santos, M. C. (2010). *Vivência parental da doença crónica: estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Colibri.

Schechter, N. L., Berde, C. B., & Yaster, M. (Eds.). (2003). *Pain in Infants, Children, and Adolescents* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1991). *Health Psychology: Challenging the biomedical model* (1st ed.). Dublin: John Wiley & Sons.

Simons, L. E., Claar, R. L., & Logan, D. L. (2008). Chronic pain in adolescence: Parental responses, adolescent coping, and their impact on adolescent's pain behaviours. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 894-904.

Sleed, M., Eccleston, C., Beecham, J., Knapp, M., & Jordan, A. (2005). The economic impact of chronic pain in adolescence: methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. *Pain*, 119, 138-90.

Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549 - 570.

Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development. In Brandtstädter, J. B., & Lerner, R. M. (Eds.), *Action and self-development* (pp. 465 - 503). Thousand Oaks, CA: Sage.

Skinner, E. A. (2007). Secondary control critiqued: Is it secondary? Is it control?.

Psychological Bulletin, 133, 911-916.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Perceived control, coping, and development. In S. Folkman (Ed.). *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 35-58). Oxford University Press: Oxford, Great Britain

Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21.

Sullivan, M. J. L., & Bishop, S. R. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychology Assessment*, 7, 524-32.

Sullivan, J. E. (2001). Emotional outcomes of adolescents and young adults with early and continuously treated phenylketonuria. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 477-484.

Sullivan, M. J. L, Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.

Turner, J. A. (1991). Coping and chronic pain. In M.R. Bond, J.E. Charlton, & Woolf, C.J. (eds.). *Pain research and clinical management: Proceedings of the 6th World Congress on Pain* (pp. 219-227). New York: Elsevier.

Turner, J. A., Dworkin, S. F., Mancl, L., Huggins, K. H., & Truelove, E. L. (2001). The role of beliefs, catastrophizing and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92, 41-51.

Viner, R. (1999). Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory. *Social Studies of Science*, 29, 391-410.

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychology Assessment*, 9, 392-405.

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with recurrent abdominal pain. *Health Psychology*, 24, 364-374.

Walker, I. S., Dengler-Criss, C. M., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain, 150*, 568-572.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and disease: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2007). *The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research*. Paper presented at the 42nd Annual APS Conference, Queensland, Australia.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development, 35*, 1-17.

Anexos

(1) Apresentação do estudo ao adolescente



Projeto “DOR ADOLESCENTE: ESTUDO DA DOR CRÓNICA EM ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL - DOR, CRENÇAS DE DOR, COPING E PROBLEMAS DE SONO”.

Quais são os objetivos deste estudo? Este projeto pretende estudar a experiência de dor crónica em adolescentes. Nesta fase vamos estudar um conjunto de questionários de avaliação da experiência de dor, pensamentos e sentimentos, e problemas de sono, em jovens com dor crónica.

Para que servem os resultados deste estudo? Este estudo vai permitir à equipa desenvolver o conhecimento na área da dor crónica na adolescência de modo a desenvolver intervenções para ajudar os jovens a lidar com a dor e adaptar-se a situações de doença de forma mais eficaz.

Quem é a equipa de investigação? Este projeto é organizado numa parceria entre a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL, Professora Luísa Barros), a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA, Professora Ananda Fernandes) e a Unidade de Investigação em Reumatologia (UIR-IMM, Professora Helena Canhão) e conta com a participação do Hospital de Santa Maria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital D. Estefânia, Hospital Fernando da Fonseca e Instituto Português de Reumatologia.

O que me é pedido? Que respondas por escrito a 4 questionários breves que procuram conhecer a dor, as emoções e os pensamentos decorrentes da experiência de dor crónica. O preenchimento dos questionários deve demorar cerca de 30 minutos e procuraremos fazê-lo durante os períodos de espera para a consulta e exames, para evitar o prolongamento da permanência no serviço.

Sou obrigado a participar? A participação é inteiramente voluntária e a qualquer momento pode ser interrompida, sem que por isso sejas prejudicado no atendimento clínico que te é disponibilizado. No entanto, realçamos que é muito importante para nós termos o maior número de participantes possíveis.

Quem é que tem acesso aos dados? Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código que permitirá a identificação de quem forneceu as respostas, que apenas será conhecido pelo investigador principal. A análise dos dados será anonimizada e os dados serão analisados em grupo, sem permitir identificação individual.

Dúvidas ou Reclamações: Se tiveres alguma dúvida sobre o estudo, a qualquer momento podes contactar a investigadora responsável: Professora Doutora Luísa Barros (lbarros@fp.ul.pt).

(2) Assentimento informado para o jovem



ASSENTIMENTO INFORMADO PARA MENORES QUE PARTICIPAM NO ESTUDO

“DOR ADOLESCENTE: ESTUDO DA DOR CRÓNICA EM ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL - DOR, CRENÇAS DE DOR, COPING E PROBLEMAS DE SONO”.

- Fui convidado a participar num estudo destinado a conhecer e compreender a experiência dos jovens com artrite idiopática juvenil.
- Li a folha de informação que descreve a investigação e a psicóloga/investigadora explicou detalhadamente o projeto, respondeu às minhas perguntas e eu concordo em participar no projeto.

. **Concordo / não concordo** em preencher os questionários

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Data: __/__/____

Nome da psicóloga/ investigadora que obteve o assentimento:

Assinatura da investigadora:

Data

(3) Apresentação do estudo aos Pais



FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS PAIS / TUTOR LEGAL DE PARTICIPANTES NO ESTUDO:

DOR ADOLESCENTE: ESTUDO DA DOR CRÓNICA EM ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL - DOR, CRENÇAS DE DOR, COPING E PROBLEMAS DE SONO

Introdução

Convidamo-lo a si e ao seu filho a participar num estudo destinado a estudar a experiência de dor crónica em adolescentes. Nesta fase vamos estudar um conjunto de questionários de avaliação da experiência de dor, pensamentos e sentimentos, e problemas de sono, em jovens com dor crónica.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e não vai influenciar o tratamento regular do seu filho. Você e o seu filho podem interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, desvantagens ou efeitos sobre o cuidado médico futuro do seu filho.

Qual é o objetivo do projeto?

O objetivo deste projeto é colher dados para estudar a experiência de dor crónica em adolescentes com Artrite Idiopática Juvenil, e compreender melhor o que os jovens pensam sobre essa experiência, assim como sobre a presença de dificuldades relacionadas com o sono. Além disso, este estudo pretende estudar um conjunto de questionários que permitirão desenvolver o conhecimento nesta área e comparar os dados recolhidos em diferentes países

Quem organiza a investigação?

Este é um estudo não-comercial organizado numa parceria entre a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL, Professora Luísa Barros), a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA, Professora Ananda Fernandes), a Unidade de Investigação em Reumatologia (UIR-IMM, Professora Helena Canhão) e conta com a participação do Hospital de Santa Maria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital D. Estefânia, Hospital Fernando da Fonseca e Instituto Português de Reumatologia.

Como vai decorrer o estudo?

Se concordar em participar pedimos-lhe que preencha um questionário sobre a experiência de dor do seu filho. E pedimos ao seu filho que preencha, também, um conjunto de 4 questionários breves que procuram conhecer a dor, as emoções e os pensamentos decorrentes da experiência de dor crónica.

Quais são os potenciais benefícios?

As informações colhidas neste estudo irão contribuir para melhorar o conhecimento sobre a experiência de dor e a qualidade do sono dos jovens com artrite idiopática juvenil e o seu tratamento.

(4) Consentimento informado para os Pais



**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO:
DOR ADOLESCENTE: ESTUDO DA DOR CRÓNICA EM ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL - DOR, CRENÇAS DE DOR, COPING E PROBLEMAS DE SONO**

. Eu e o meu filho fomos convidados a participar num estudo destinado a retratar a experiência de dor dos jovens com artrite idiopática juvenil.

• **Li a folha de informação que descreve a investigação e psicóloga/investigadora explicou completamente o projeto, respondeu às minhas perguntas e eu concordo com a minha participação e do meu filho no projeto.**

• **Concordo / não concordo** em fornecer aos investigadores informações sobre o estado de saúde do meu filho.

Nome do Pai/Mãe / tutor legal:

Assinatura do Pai/Mãe / tutor legal

Data: __ / __ / ____

Nome da psicóloga/investigadora que obteve o consentimento informado:

Assinatura da Investigadora_____

Data: __ / __ / ____